

忠岡町長 様

申請者 住 所 忠岡町
氏 名
電 話

忠岡町病児保育事業利用料免除申請書

忠岡町病児保育事業利用料の免除を下記のとおり申請します。

記

1 申請児童

児 童 氏 名	生 年 月 日	在園・在学の状況

2 世帯の状況（申請児童と同居している方のみご記入ください）

続柄	氏 名	生年月日	該当事項
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税

3 添付書類

(1) 生活保護受給世帯の場合

生活保護受給証明書

(2) 市町村民税額が非課税世帯の場合（※世帯全員が非課税である場合に該当）

当該年度市町村民税非課税証明書

ただし、本事業の利用が4月から6月の場合は、前年度市町村民税非課税証明書

※他市町村からの転入による対象年度の課税状況が確認できない場合は、前住所地の非課税証明書が必要となる場合があります。

同意欄	申請にあたり、次の事項について同意します。
	(1) この申請に基づく免除の審査を行うにあたり、担当職員が世帯にかかる税情報を確認すること。 (2) 担当職員が税情報を確認することに同意できない場合には添付書類を提出すること。
	年 月 日 氏名 印