

砥部町病児・病後児保育事業利用料減免申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、利用料の減免を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたり、私の世帯情報を閲覧すること、市町村民税の課税状況等を調査すること及び申請した情報を実施施設へ提供することに同意します。

対象児童

フリガナ 氏 名	生年月日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

（注意事項）

- 利用料を減免することができる世帯は、利用日現在、次のいずれかに該当する世帯です。
 - 生活保護法による被保護者世帯
 - 市町村民税非課税世帯
- 生活保護法による被保護者世帯については、被保護者世帯であることの証明書（写し）の添付が必要な場合があります。
- 市町村民税非課税世帯については、世帯全員が非課税である場合に該当します。
- 市町村民税非課税世帯の対象となる市町村民税は、次のとおりです。
 - 利用が年度初日（4月1日）から8月31日までの場合は、前年度分。
年度初日の属する年の前年1月1日の住所が砥部町以外であった場合、その市町村が発行した非課税証明書で世帯全員のもの（市町村民税を課税されていないことが分かる証明書の原本）を添付してください。
 - 利用が9月1日から年度末日（3月31日）までの場合は、当該年度分。
年度初日の属する年の1月1日の住所が砥部町以外であった場合、その市町村が発行した非課税証明書で世帯全員のものを添付してください。

砥部町認定欄	受付印
<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護者世帯（無料） <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯（1,000円） <input type="checkbox"/> 対象外 （減免決定期間） 受付日から令和 年 月 日まで	