

八尾市病児保育事業利用料減免申請書

年 月 日

(あて先)八尾市長

申込者

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号
(日中つながる連絡先) _____

八尾市病児・病後児保育事業補助金交付要綱の規定により、利用料の減免を申請します。

| | 利用児童名(フリガナも記入) | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
|---|----------------|-------|----|-----|
| ① | | 年 月 日 | | 男・女 |
| ② | | 年 月 日 | | 男・女 |
| ③ | | 年 月 日 | | 男・女 |

| 申請理由 (いずれかに○をつけてください) | 添付資料 | 減免金額 |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 生活保護世帯 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 | 2,000円を上限として 利用料を軽減する |
| 市民税非課税世帯 | <input type="checkbox"/> 市民税課税証明書 | |

(注意事項)

- ・ 市民税課税証明書については、毎年7月1日より新年度を適用する。
- ・ 利用料の減免は、「利用料減免結果通知書」の減免期間内において適用しますが、期間内に減免事由に該当しなくなった場合は、減免適用外となります。
速やかに届け出てください。