

神戸市病児保育事業 利用料減免(減免取消)申請書

令和 年 月 日

神戸市長宛

申込者(保護者) フリガナ氏名 _____

住所 _____

電話 _____

次のとおり、利用料の減免(減免取消)を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象児童	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	フリガナ氏名		年 月 日		男・女
	フリガナ氏名		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		減免後の金額	
1	生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/>	生活保護適用証明書	全額免除(0円)	
2	市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/>	前年分の市民税非課税証明書(写でも可)	全額免除(0円)	
3	所得税非課税世帯	<input type="checkbox"/>	所得税非課税を証明するもの (源泉徴収票、確定申告書などの写) <input type="checkbox"/> 利用年度の放課後児童クラブ利用料減免 決定通知書(写)	半額免除(1,000円)	
4	里親	<input type="checkbox"/>	里親であることを証明するもの (里親委託証明書など)	全額免除(0円)	
5	減免の取消しを申請します。				

(注) 減免の事項に該当しなくなった場合は、速やかに届け出てください。

◎ この情報は、病児保育事業以外の目的には使用しません。