

「病児・病後児保育室」保育料自己負担額減免申請書

清瀬市長 殿

申請者(保護者)

住 所

氏 名 ㊟

電 話

清瀬市病児・病後児保育事業運営費補助金交付要綱に基づき、「病児・病後児保育室」における保育料の世帯の自己負担額について、下記の事由により減免の申請をします。

また、自己負担額の内容を把握するため、生活保護の受給の有無及び課税状況等を確認する事に同意します。

1 同意する。

2 同意しない。

※該当する方に「✓」をしてください。また、同意されない場合は証明書等の添付が必要となります。

| 該 当 事 由 | 負担割合 | |
|-----------------------------------|------|--|
| 1 生活保護法第11条第1項に規定する、生活保護を受給している世帯 | 負担額無 | |
| 2 前年度分、市区町村民税非課税世帯 | 半額負担 | |

↑
※該当するところに「✓」をしてください。

※該当事由2の方で前年度の1月1日現在清瀬市に住民登録がない方は、1月1日現在の住民登録地で証明書を取得してください。

病児・病後児保育室に登録している児童名等を記入してください。

| | | | | | |
|-------------|--|------|----------|----|---|
| ふりがな 児童名 | | 生年月日 | 平成 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| ふりがな 児童名 | | 生年月日 | 平成 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| ふりがな 児童名 | | 生年月日 | 平成 年 月 日 | 年齢 | 歳 |

※この申請は毎年度必要になります。