

病後児保育事業利用者負担金減免対象者確認申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者 住 所 _____
 (保護者) 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおり、病後児保育事業利用者負担金減免対象者であることを確認願います。また、減免の確認に当たり、上郡町が申請者及び世帯員にかかる生活保護受給状況、課税資料等必要な書類を閲覧、照会することに同意します。

対 象 児 童	(年 月 日生)	性別		年齢	
	(年 月 日生)	性別		年齢	
利用日時 (予定含む)	・ 年 月 日から 月 日まで ・ 未定				
	氏名	生年月日	性別	対象児童からみた続柄	
世帯構成	世帯員	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
減 免 理 由 ※該当箇所に☑してください。	<input type="checkbox"/> 生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯(単給世帯を含む。)、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯				

- ※1 給食費等の実費については、減免対象外となります。
- ※2 世帯に、上郡町へ転入された方が含まれる場合は、転入日によって、その方の市町村民税非課税証明書が必要となる場合があります。
- ※3 対象児童の父母が市町村民税非課税である場合で、同居している祖父母の両方もしくはどちらかが市町村民税課税の場合は、減免対象外となる場合があります。
- ※4 各年度4月から6月までの利用については前年度、7月から3月までは利用日が属する年度の課税状況で減免の可否を確認します。確認書を発行後、課税状況、世帯状況等に変更があった場合は、減免の再確認が必要となりますので、申請書の再提出が必要となります。