

病児保育事業利用料減免申請書

令和 年 月 日

阿武町長 様

保護者 住所 阿武町大字.....

氏名.....

(電話： - -)

(児童との続柄：)

阿武町病児保育事業利用者負担金の減免を受けたいので、申請します。なお、申請にあたり私の世帯の課税情報等の調査を行うことに同意します。

対象児童	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
減免を申請する理由 (該当するものに☑を入れてください)	【全額免除】 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯であるため <input type="checkbox"/> 利用日の属する年度（利用日が4月から5月については前年度）が町民税非課税世帯であるため <input type="checkbox"/> ひとり親世帯であるため 【半額免除】 <input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯であるため	

※利用料の減免については、償還払いとします。利用があった翌月以降に償還払い請求書に領収書と通帳の写しを添付して提出してください。

※領収書を紛失し再発行が不可能な場合は、利用施設が所在する市町からの利用状況報告を確認後の支払いとなります。(3月下旬～4月上旬見込)