# 寝屋川市病児保育施設利用料金減免申請書

　　年　　月　　日

寝屋川市こども部保育課長　宛

 申込者 ﾌﾘｶﾞﾅ

 （保護者） 氏名

住所

電話

次のとおり、利用料金の減免を受けたいので、申請します。

**市民税非課税世帯であることを確認するため、私の世帯に係る市民税額を課税台帳等で確認することに同意します。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯状況 | ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名 |  | 生年月日 |  年　 月 　 日 | 児童との続柄 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名 |  |  年　 月 　 日 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名 |  |  年 　 月　 日 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名 |  |  年　 月　 日 |  |
| 対象児童 | ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名 |  | 生年月日 |  年　 月 　 日 |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名 |  |  年 　 月　 日 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名 |  |  年　 月　 日 |
| 申請理由 | 申込者が、市民税非課税世帯であることを証明するため。 | 減免額 | 　１，０００円 |

◎　本申請に関する情報は、病児保育施設利用に係る利用料金減免以外の目的には、使用しません。

◎　申請に当たっては、身分証明書が必要です。