

宮古島市病児・病後児保育事業保育料免除申請書

年 月 日

宮古島市長 様

申請者(保護者) 住 所 宮古島市

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

以下のとおり、 年 月 日から 年 月 日までの病児・病後児保育事業保育料の免除を受けたいので申請します。

登 録 児 童 氏 名	ふりがな 児童氏名	生年月日	4月1日現在 年齢・学年	保育所・認定こども園 ・幼稚園・小学校名
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

病児・病後児保育事業保育料の免除について、下記の区分に該当しますので、申請します。
なお、保育料の決定のため、世帯情報及び世帯員の課税内容等を調査確認されること、並びにその調査結果を当事業実施施設に情報提供することについて承諾します。

※該当する項目に○をつけてください。

1. 生活保護受給世帯
2. 前年分の市町村民税が非課税の世帯

保護者氏名 _____ (印)

※4月～8月の保育料免除は前年度の課税状況、

9月～翌年3月の保育料免除は現年度の課税状況にて決定します。