別記第４号様式(第１８条関係)

聖籠町病児・病後児保育事業納付額減免申請書

　　　　　　年　　月　　日

　聖籠町長　様

保護者　住　　所　聖籠町大字

氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　次のとおり、病児・病後児保育事業の利用に係る納付額の減免を申請します。

　減免認定に必要があるときは、私及び児童が属する世帯の生活保護受給の有無及び町民税課税状況について町が調査することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 減免を希望する年度 | 年度 | | |
| 児童氏名  生年月日 | １ |  | 年　　月　　日 |
| ２ |  | 年　　月　　日 |
| ３ |  | 年　　月　　日 |
| ４ |  | 年　　月　　日 |
| 減免を希望する理由 | * 利用児童の属する世帯が生活保護法による被保護世帯   【免除】   * 利用児童の属する世帯が当該年度分(４月～６月分までの減免の場合は前年度分)の町民税非課税世帯   【５割減額】 | | |