

様式第 6 号（第 7 条関係）

病児保育事業保護者負担金減免申請書

豊後大野市長 様

令和 年 月 日

申請者 住 所
氏 名
連絡先

豊後大野市病児保育事業の保護者負担金の減免を受けたいので次のとおり申請します。
なお、今後この申請に関して世帯情報・課税情報の状況を調査することに同意します。確認できない場合は、関係書類を提出します。

申請理由	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯	
ふりがな 利用児童氏名	生 年 月 日	児童の状況 (施設名)
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※豊後大野市記載欄

減免月	区分	理由	確認	備考
4月から8月	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯		
	<input type="checkbox"/> 非承認	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯		
9月から3月	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯		
	<input type="checkbox"/> 非承認	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯		