

病児保育利用料免除申請書

（あて先）松江市長

	住 所	
保護者	氏 名	⑨
	電話番号	
※ 自署の場合は押印不要です。		

病児保育利用料の免除について、下記のとおり申請します。

また、申請児童の保護者、扶養義務者及び同居者は、申請に当たっての同意事項にいずれも同意していることを確約します。

なお、病児保育利用料の免除を申請する理由がなくなったときは、速やかに病児保育利用料免除辞退申出書を提出することを誓約します。

記

1 病児保育利用料の免除申請に係る児童

氏 名	生 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日

2 病児保育利用料の免除申請する理由（ア又はイのうち、該当するものに○）

ア 生活保護世帯

イ 市町村民税非課税世帯（病児保育を利用する月の属する年度（病児保育を利用する月が4月から6月までの場合にあつては、前年度）の市町村民税が非課税である世帯をいう。）

※市町村民税が非課税であることを理由に免除申請する場合で、課税自治体が松江市以外であるときは、世帯全員分の課税証明書を添付してください。

【申請に当たっての同意事項】

1. 病児保育利用料の免除に関して必要となる市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
2. 病児保育施設に対して、当該病児保育施設が必要とする個人情報（課税状況等を含む。）を提供します。
3. 病児保育利用料の免除に際し、確認が必要な個人番号（マイナンバー）について、確認・照合します。

※申請時に本人確認書類を必ず提示してください。