

神戸市病児・病後児保育事業 利用料減免(減免取消)申請書

平成 年 月 日

神戸市長宛

申込者 病児
(保護者) 氏名 _____ 印

住所 _____

電話 _____

次のとおり、利用料の減免（減免取消）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象児童	氏名	生年月日	平成 年 月 日	性別	男・女
	氏名		平成 年 月 日		男・女
	氏名		平成 年 月 日		男・女

申請理由 (いずれかに○をつけてください。)		添付資料	減免後の金額
1	生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書	全額免除（0円）
2	市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書（前年分）	全額免除（0円）
3	所得税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 所得税非課税を証明するもの (源泉徴収票、確定申告書などの写し)	半額免除（1,000円）
4	減免の取消しを申請します。		

(注) 減免の事項に該当しなくなった場合は、速やかに届け出てください。

◎ この情報は、病児・病後児保育事業以外の目的には使用しません。