

備前市病児・病後児保育事業  
利用料減額申請書

備前市長 様

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

備前市病児・病後児保育事業を利用する児童の利用料について減額を申請します。

なお、住民基本台帳調査及び申請者、利用児童及び世帯員の生活保護受給状況調査及び課税状況調査に同意します。

申請者  
(保護者)

(フリガナ) 申請者氏名	印
住 所	備前市
生年月日	昭和・平成 年 月 日

利用児童 (平成 年 月中)

登録 番号	(フリガナ) 児童氏名	生年月日	利用日 (日付及び日数)
		平成・令和 年 月 日	[ ]日間
		平成・令和 年 月 日	[ ]日間
		平成・令和 年 月 日	[ ]日間

(注意事項)

- 利用料を減額することができる世帯は、**利用日現在、次のいずれかに該当する世帯**です。
  - 生活保護法による被保護者世帯
  - 市町村民税非課税世帯
1. (1) については、被保護者世帯であることの証明書(写し)の添付が必要な場合があります。
1. (2) については、世帯全員が非課税である場合に該当します。
1. (2) の対象となる市町村民税は、次のとおりです。
  - 利用が年度初日(4月1日)から8月31日までの場合、前年度分。  
年度初日の属する年の前年1月1日の住所が備前市以外であった場合、その市町村が発行した非課税証明書で世帯全員のもの(市町村民税を課税されていないことが分かる証明書の原本。本事業に関して対象年度の非課税証明書を提出済みで、世帯員に変動がない場合は省略可。以下同じ。)を添付してください。
  - 利用が8月1日から年度末日(3月31日)までの場合、当該年度分。  
年度初日の属する年の1月1日の住所が備前市以外であった場合、その市町村が発行した非課税証明書で世帯全員のものを添付してください。

施設記入欄	利用施設名	減額金額 2,000円×___日分=_____円
-------	-------	-----------------------------

備前市 記入欄	<input type="checkbox"/> 対象(生活保護/市町村民税非課税) <input type="checkbox"/> 対象外
------------	--