

様式第5号（第9条第2項）

八街市病後児保育事業利用料免除申請書

年 月 日

八街市長 北村 新司 様

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

電話番号

八街市病後児保育事業実施要綱第9条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 生活保護世帯に該当する。
- 2 市町村民税非課税世帯に該当する。（証明書等添付）

※該当する番号を○で囲んでください。

※2の市町村民税非課税世帯に該当する場合、前年度の市町村民税非課税証明書等、非課税であることを証することのできる直近の書類を添付してください。

※本市に居住している方（市外に居住している方で、市内の認可保育園に入園している方を含む。）は、以下のとおり承諾いただければ、1～2の状況について市で確認します。

利用料減免に当たり、私の世帯の課税状況を八街市長が確認することに承諾します。

また、必要に応じて、証拠書類等資料を提出します。

保護者住所
保護者氏名

保護者住所
保護者氏名