

神戸市病児保育事業
利用料減免(減免取消)申請書

令和 年 月 日

神 戸 市 長 宛

申込者 フリガナ
(保護者) 氏名 _____

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	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	性別	男・女
	フリガナ 氏 名			年 月 日		男・女
	フリガナ 氏 名			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	☐ 生活保護適用証明書		全額免除（0円）		
2	市民税非課税世帯	☐ 前年分の市民税非課税証明書(写でも可)		全額免除（0円）		
3	所得税非課税世帯	☐ 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) ☐ 利用年度の放課後児童クラブ利用料減免 決定通知書(写)		半額免除（1, 000円）		
4	里親	☐ 里親であることを証明するもの (里親委託証明書など)		全額免除（0円）		
5	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、病児保育事業以外の目的には使用しません。