病児保育利用料免除申請書

 年 月 日

 様

 住 所 函館市 町　 丁目 番 号

 申請者

氏 名

以下のとおり病児保育利用料の免除を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用児童の氏名  |   |
| 利用を希望する期間  | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 病児保育利用料の免除を申請する理由（※１） | １ 生活保護法による被保護世帯２ 当該年度(４月から８月までの間は前年度)の市民税が非課税 ３ 児童扶養手当またはひとり親家庭等医療費助成の受給世帯 |
| 確認書類 | 免除理由に該当する下記の書類のコピーを添付してください。１ 生活保護受給者証２ 市民税課税証明書３ 児童扶養手当受給者証４ ひとり親家庭等医療費受給者証 |

※１　免除を申請する理由について

　「３ひとり親家庭等の世帯」が，「１生活保護世帯」または「２住民税非課税世帯」にも該当する場合は，生活保護世帯または住民税非課税世帯として申請してください。