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。