

# 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。