

新宮市病児病後児保育施設利用料減免申請書

年 月 日

（あて先）

新宮市長

保護者 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり、新宮市病児病後児保育施設利用料の減免を申請いたします。

利用料の減額又は免除決定のために必要があるときは、私及び私と同一世帯を構成する者の市民税の課税情報及び世帯の情報を、新宮市が公簿により確認することについて同意します。

児 童 の 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
減 免 理 由 (該当の□に☑を してください。)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯（生活保護受給証明書添付） <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療受給資格者証の交付を受けている世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他（詳しく記入すること） []		
※処理状況			

※保育施設にて、昼食やおやつ等を購入された場合の費用は減免対象外です。