

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	<input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書	全額免除（0円）
2	市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 前年分の市民税非課税証明書(写でも可) <input type="checkbox"/> 寡婦（夫）控除のみなし適用に係る利用料減免証明書	全額免除（0円）
3	所得税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 利用年度の放課後児童クラブ利用料減免決定通知書(写) <input type="checkbox"/> 寡婦（夫）控除のみなし適用に係る利用料減免証明書	半額免除（1,000円）
4	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。