

高砂市用
子育て支援課 F A X 079-442-9517

※事業者記入欄
該 ・ 非

### 病児保育利用料減免申請書

あだちこども診療所長 様

あだちこども診療所の病児保育室を利用するにあたり、下記のとおり利用料減免事由に該当しますので、利用料の減免を申請します。

なお、減免事由該当の事実について、あだちこども診療所長が高砂市長に照会することに同意します。

#### 記

【減免事由】 ※次のいずれか該当するものにチェックをしてください。

生活保護受給世帯

市民税非課税世帯

令和 年 月 日

病児保育利用日： 令和 年 月 日

住 所： 高砂市

児 童 氏 名：

保護者氏名（自署）： (児童との続柄： )

### 病児保育利用料に係る減免事由該当事実の確認及び通知に対する同意書

高砂市長 様

病児保育利用料の減免に関し、あだちこども診療所長から減免事由該当事実の照会があった場合、私及び同一世帯者に係る下記の情報について、子育て支援課職員が確認することに同意します。

また、減免対象の当否について、子育て支援課職員があだちこども診療所長に通知することに同意します。

#### 記

【確認情報】 ※次のいずれか該当するものにチェックをしてください。

生活保護受給状況

市民税課税状況

令和 年 月 日

病児保育利用日： 令和 年 月 日

住 所： 高砂市

児 童 氏 名：

保護者氏名（自署）： (児童との続柄： )

※市記入欄
該 ・ 非 (確認者： )