

## 八尾市病児保育事業利用料減免申請書

年 月 日

(あて先)八尾市長

申込者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_  
(日中つながる連絡先)

八尾市病児保育事業実施要綱の規定により、利用料の減免を申請します。

①	利用児童名(フリガナも記入)	生年月日	年齢	性別
		年 月 日		男・女
		年 月 日		男・女
		年 月 日		男・女

申請理由 <small>(いずれかに○をつけてください)</small>	添付資料	減免金額
生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	2,000円を上限として 利用料を軽減する
市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税課税証明書	

(注意事項)

- ・ 市民税課税証明書については、毎年7月1日より新年度を適用する。
- ・ 利用料の減免は、「利用料減免結果通知書」の減免期間内において適用しますが、期間内に減免事由該当しなくなった場合は、減免適用外となります。  
速やかに届け出てください。