

病児・病後児保育事業利用料減免申請書

年 月 日

木津川市長 宛て

申請者（保護者）

木津川市病児・病後児保育の利用料を減免願いたく次のとおり申請します。
 なお、決定にあたり関係課及び関係機関に照会することを同意します。

登録番号						
対象児童	フリガナ			性別	男	生年月日（年齢） 年 月 日生 （ 歳 か月）
	氏名				女	
	就学等の状況			保育園・こども園・幼稚園・ 小学校・放課後児童クラブ・その他		
利用を希望する理由	父	就労、傷病、冠婚葬祭、その他（ ）				
	母	就労、傷病、冠婚葬祭、出産、その他（ ）				
利用料の減免を必要とする期間	<input type="checkbox"/>	年	月	日から	<input type="checkbox"/>	年 月 31日まで
利用料の減免を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯（全額免除） <input type="checkbox"/> 災害罹災世帯（全額免除） <input type="checkbox"/> ひとり親かつ市町村民税非課税世帯（半額免除）					
備考						
※事務処理欄					※ 受付 印	

※印欄は記入しないでください。