第１号様式（第６条関係）

　　年　　月　　日

南さつま市長　殿

南さつま市病児・病後児保育事業 利用者負担金減免申請書

申請者　住　所　南さつま市

（保護者）氏　名

南さつま市病児・病後児保育事業の利用者負担金の減免を申請します。なお、利用者負担金の決定に当たり、利用児童の保護者並びに同居及び同一世帯に属する者の課税情報及び世帯情報を閲覧することに同意します。

太線枠の中を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **児童氏名** | **生年月日** |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |

申請者以外の保護者が児童と同居していない場合は記入してください。

【例】申請者以外の保護者が単身赴任等で住民票上の住所を分けている場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **児童から見た続柄** | **保護者等氏名** | **生年月日** | **住所** |
|  |  | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　理　由（該当する項目に○） | 実　施　施　設 | **※南さつま市記入欄**利用者負担金区分 |
| 〔　 年　 月～　 年　 月〕 |
| Ａ 　生活保護受給世帯Ｂ 　市町村民税非課税世帯Ｃ 　市町村民税課税世帯（所得割額48,600円未満） |  |  | □　Ａ□　Ｂ□　Ｃ□　Ｄ |