

竹原市病児・病後児保育事業利用料減免申請書

年 月 日

竹原市長様

〒

申請者 住所 _____
 (保護者) 名前 _____

竹原市病児・病後児保育事業の利用料の減免を申請します。
 利用料の決定にあたって、私と私の属する世帯員の市民税の税額を課税台帳及び課税資料により、確認されることに同意します。また、市民税の税額を確認されることについては、下記に記入した別世帯になっている者についても、その同意を得ています。

				登録番号		
フリガナ 名前	男 (愛称) 女		生年 月日		年 月 日生 (歳 カ月)	
通所施設名等	保育所・幼稚園・こども園・小学校名					
家族の状況 (本人以外の 家族を記入)	氏 名	性別	続柄	生年月日	職業等	
生活保護の 状況	適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)					

添付書類

年度初日の属する年の1月2日以降に竹原市に住民登録をした方は、当該年度分の市町村民税課税台帳記載証明書または税額通知書

市記入欄

担当員	係長	課長	市民税		生活保護	利 用 料
			所得割	均等割		
父					有・無	円
母						
計						

年 月 日 税務課確認済 ㊞