

提出日.....年 月 日

神 埼 市 長
病児・病後児保育事業実施施設 様

住.....所:.....
ふりがな
申請者氏名:.....
ふりがな
児童氏名.....:
(.....年 月 日生)

神崎市病児・病後児保育事業施設利用料
免除資格確認依頼書

次のとおり、.....年度病児・病後児保育事業施設利用料免除資格の確認を依頼します。

記

1 世帯の状況(太線の中を、記入をしてください。)

保護者氏名(生年月日)	続柄	市町村民税課税状況
(.....年 月 日生)		課税・非課税
(.....年 月 日生)		課税・非課税
(.....年 月 日生)		課税・非課税
世帯単位		課税・非課税

父母及びその他同居扶養義務者(生計の主宰者であるときのみ)の依頼年度の市町村民税課税状況の確認を行われることに同意します。

注意1 該当する場合は、提出日から直近の6月30日までの施設利用料が免除されます。

注意2 免除資格確認依頼書は年度ごとに手続きが必要です。資格確認は当該年度の市町村民税の課税状況により行います。(4月から6月の利用は前年度の市町村民税の課税状況です。)

注意3 上記世帯中に前々年度の1月1日現在の住所若しくは前年度の1月1日現在の住所が神崎市以外の方が含まれる場合は、対象者の課税証明書(非課税)の添付が必要な場合があります。

2 利用料

		免除額	免除該当
A	生活保護世帯	1,500円/日(750円/半日)	する・しない
B	市民税非課税世帯	1,500円/日(750円/半日)	する・しない