**提出日**：令和　 　年　　月　　日

**令和７年度　佐賀市病児・病後児保育事業施設利用料免除資格確認依頼書**

　佐　賀　市　長

　佐賀市病児・病後児保育事業実施施設　様

　次のとおり、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。

　なお、審査にあたり、父母及びその他同居親族の課税資料、世帯状況等、必要な個人情報を閲覧されることに同意します。

**保護者（申請者）**　　　　（〒　　　　－　　　　　）

住　所：

　　　　　　　　ふりがな

氏　名：

※申請者本人の署名

連絡先：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象児童 | ① | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 平・令　 　年　　 月　 　日 |
| ② | ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 平・令　 　年　　 月　 　日 |
| ③ | ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 平・令　 　年　　 月　 　日 |

留意事項（必ずお読みください）

◇この申請書で同一世帯のお子様3名まで申請できます。

◇令和7年1月1日時点の住所（住民登録がされている住所）が佐賀市外の方は、1月1日時点の住所地で発行された世帯分の「令和7年度の市町村民税の課税状況が分かる証明書」等を添付して提出してください。

◇申請日時点の住所が佐賀市外の方は、世帯分の住民票を添付して提出してください。

◇免除に該当する場合は、令和8年6月30日までの施設利用料が免除されます。

◇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おこないます。（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。）

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝　以下、担当課記載欄　＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 続柄 | 決定状況 | 免除 |  | 受付印 |
|  |  | 生保 | 非課税 | する | しない |  |  |
|  |  | 生保 | 非課税 |  |  |
|  |  | 生保 | 非課税 |  |  |
|  |  | 生保 | 非課税 |  |  |