

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	
①		生保	非課税	する	しない	
②		生保	非課税			
③		生保	非課税			
④		生保	非課税			