

年 月 日

病児・病後児保育利用料減免申請書

江南市長

申請者 住所 〒 _____
(保護者)

氏名 _____

電話 _____
番号 () _____

利用料の減免を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、審査に伴い、世帯情報、市町村民税情報（同一世帯者含む。）、生活保護受給状況及び児童扶養手当受給状況、江南市児童扶養手当受給状況を確認・調査することに同意します。

記

児 童 氏 名	生 年 月 日	年 月 日生
	年 齢	歳 か月
利用日	年 月 日 ~ 年 月 日 (計 日)	
減免申請額	円	
申請理由（該当する番号に○をつけてください）		減免額（日額）
1	生活保護の受給世帯であるため。	利用料の全額
2	市町村民税非課税世帯であるため。（※1）	利用料の2分の1
3	児童扶養手当、又は江南市児童扶養手当の受給世帯であるため。（※2）	利用料の2分の1

※1 この事業を利用した日の前年の所得に対するその該当の有無をいいます。ただし、1月から5月までの利用については、前々年の所得に対するものとします。

※2 この事業を利用した日において、児童扶養手当法（昭和三十六年法律第二百三十八号）、又は江南市児童扶養手当支給条例（昭和五十二年三月三十日条例第四号）の規定による児童扶養手当の支給を受けている世帯とする。