

別記様式第4号（第14条関係）

五泉市病児保育事業利用料免除申請書

年 月 日

五泉市長

様

申請者 住所
氏名

五泉市病児保育事業の利用にあたり、下記の理由により利用料の免除を申請します。
なお、免除理由の確認のため、五泉市に住所を有する私の世帯員の世帯状況又は課税状況を閲覧することを承諾します。

記

フリガナ		生年月日
利用児童氏名		・ ・
利用予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日（日間）	
免除理由	1 生活保護受給世帯 2 市民税が非課税の世帯 （4月から8月までは前年度の市民税の課税状況により判定を行い、 9月から3月までは当年度の市民税の課税状況により判定を行う。）	

※ どちらかの番号に○をつけてください。

※ 五泉市で課税状況が確認できない場合は、確認できる書類等の写しを添付してください。

年 月 日

所管課長 様

こども家庭課長

免除理由の確認について（依頼）

標記のことについて、上記申請の免除理由が申請どおりであるか否か確認するため、当課職員に上記世帯員の世帯状況又は課税状況を閲覧させていただきたくお願いします。