

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

五泉市長 様

年 月 日

申請者 住所 五泉市
氏名 印

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、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 生活保護費受給世帯 2 前年度市民税非課税世帯	

※ どちらかの番号に○をつけてください。

年 月 日

所管課長 様

こども課長

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をお願いします。

上記申請のとおりで（ある・ない）ことを確認しました。

年 月 日

確認者 課長 印