加　古　川　市　民　用
幼児保育課 FAX 079-422-8360

※事業者記入欄
該　・　非

病児保育利用料減免申請書

山名クリニック院長 様

山名クリニックの病児保育室を利用するにあたり、下記のとおり利用料減免事由に該当しますので、利用料の減免を申請します。

なお、減免事由該当の事実について、山名クリニック院長が加古川市長に照会することに同意します。

記

【減免事由】 ※次のいずれか該当するものにチェックをしてください。

□生活保護受給世帯　　□市民税非課税世帯

年　月　日

病児保育利用日:　　年　月　日

住　　所: 加古川市

児　童　氏　名:

保護者氏名(自署):　　(児童との続柄:　　)

病児保育利用料に係る減免事由該当事実の確認及び通知に対する同意書

加古川市長 様

病児保育利用料の減免に関し、山名クリニック院長から減免事由該当事実の照会があった場合、私及び同一世帯者に係る下記の情報について、幼児保育課職員が確認することに同意します。

また、減免対象の当否について、幼児保育課職員が山名クリニック院長に通知することに同意します。

記

【確認情報】 ※次のいずれか該当するものにチェックをしてください。

□生活保護受給世帯　　□市民税非課税世帯

年　月　日

病児保育利用日:　　年　月　日

住　　所: 加古川市

児　童　氏　名:

保護者氏名(自署):　　(児童との続柄:　　)

電　話　番　号:

※市記入欄
該　・　非　(確認者:　　)