

免除資格者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

病児・病後児保育利用者負担金免除資格認定申請書

年 月 日

海津市長 宛て

<申請者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

児童との続柄 ( ) \_\_\_\_\_

病児・病後児保育利用者負担金の免除を受けたいので、次のとおり申請します。  
 申請内容の確認のため、児童手当給付状況及び住民基本台帳法に基づく住民基本台帳等  
 により確認されることに同意します。

住 所				
1	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日	第 子	
2	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日	第 子	
3	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日	第 子	

病児・病後児保育の登録のある児童の番号に○を付けてください。