

年 月 日

（宛先）小金井市長

小金井市病児・病後児保育事業利用料区分確認申請書

申請者 住所

氏名 ㊟

※ 自署の場合印は不要です。

電話 ()

病児・病後児保育の利用登録をしている児童氏名等を記入してください。

児童① <small>(ふりがな)</small> 氏名		生年月日	年 月 日
児童② <small>(ふりがな)</small> 氏名		生年月日	年 月 日
児童③ <small>(ふりがな)</small> 氏名		生年月日	年 月 日

私は、 年度病児・病後児保育事業の利用登録を行うに当たり、次のとおり収入状況等を報告し、病児・病後児保育事業の利用料区分の確認について申請します。

また、この申請に関して、私は私の属する世帯に関する生活保護の受給状況又は小金井市における市民税課税状況について、小金井市長が確認することに同意します。

生活保護受給世帯

市民税非課税世帯

※ 該当するものにレ点チェックをしてください。上記の内容が確認されると病児・病後児保育事業の利用に関する費用が無料になります。

※ 市民税非課税世帯として減免の申請を行う方で、前年度1月1日現在小金井市に住民登録がない方は、前年度1月1日現在の住民登録地で発行される非課税証明書の提出が必要です。