

病児保育施設え～ら減免措置に関する世帯状況申出書・同意書

利用者氏名		登録NO. (クリニック診察券番号)	
-------	--	-----------------------	--

《世帯について》

生活保護に該当していますか。

(はい ・ いいえ)

⇒ 「はい」 の場合、病児保育利用時に、お子様の「生活保護 休日夜間等受診証」をお持ちください。

お子様の世帯員全員について、住民税非課税ですか。

(はい ・ いいえ ・ わからない)

⇒ 「はい」 もしくは「わからない」 の場合、病児保育事業のえ～ら利用料の減免措置の確認のため、市保育支援課が課税情報(市民税課税情報) の提供を受けること、及び病児保育施設え～らからの求めに応じ課税情報を提供することに異議はありません。

令和 年 月 日

島田市長様

住 所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_