

様式第2号（第9条関係）

病児・病後児保育費用負担軽減申請書

登録番号

年 月 日

(宛て先) 柳井市長  
田布施町長 様  
平生町長

保護者 住 所 \_\_\_\_\_  
(ふりがな)  
氏 名 \_\_\_\_\_

柳井市、田布施町、平生町の病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、費用負担の軽減を申請します。

記

1. 児 童 氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_

2. 利 用 期 間 年 月 日から

年 7月31日まで

3. 軽減申請の理由

- ・生活保護世帯であるため
- ・住民税非課税世帯であるため

4. 添付書類

- ・生活保護世帯については、生活保護受給証明書