

伯耆町病児・病後児保育事業納付額減免申請書

年 月 日

伯耆町長 様

申請者 住 所 伯耆町

氏 名

(電話 — —)

次のとおり伯耆町病児・病後児保育事業の利用に係る納付額の減免を申請します。なお、伯耆町長が減免の可否を決定するため、私及び私が属する世帯の構成員の課税状況について、調査することに同意します。

減免を受けようとする年度		年度		
利用 児 童		氏名（フリガナ）	生年月日	
	1	()	年 月 日	
	2	()	年 月 日	
	3	()	年 月 日	
	4	()	年 月 日	
世 帯 の 状 況		氏名（フリガナ）	児童との続柄	生年月日
	1	()		年 月 日
	2	()		年 月 日
	3	()		年 月 日
	4	()		年 月 日
	5	()		年 月 日
	6	()		年 月 日
減免を受けようとする理由		1 前年度市町村民税非課税（世帯） 2 その他（理由)		

※ 前年度の初日の属する年の1月1日に伯耆町外に居住していた方については、以前にお住まいの役所・役場で発行された市町村民税の課税（非課税）の状況が分かる証明書を添付してください。