

幌延町乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用者負担額減免申請書

年 月 日

幌延町長 様

（申請者）

住所

氏名

生年月日

幌延町乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）を利用するこどもの利用者負担額について、幌延町乳児等通園支援事業実施要綱第15条の規程により減免を申請します。

なお、住民基本台帳及び申請者、利用こども及び世帯員の生活保護受給状況調査及び課税状況調査に同意します。

記

(申請者と同じ) 現住所	(ふりがな) 児童氏名	生年月日

（注意事項）

- 利用者負担額を減額することができる世帯は、利用日現在、次のいずれかに該当する世帯。
 - 生活保護法による被保護者世帯
 - 市町村非課税世帯
- (1) については、被保護者世帯であることの証明書（写し）の添付が必要な場合があります。
- (2) については、世帯全員が非課税である場合に該当します。
- (2) の対象となる市町村民税は次のとおりです。
 - 利用が年度初日（4月1日）から8月31日までの場合、前年度分）

年度初日の属する年の前年1月1日の住所が幌延町以外にあった場合、その市町村が発行した非課税証明書で世帯全員のもの（市町村民税が課税されていないことが分かる証明書の原本、本事業に関して対象年度の非課税証明書を提出済みで、世帯員に変動がない場合は省略可。以下同じ。）を添付してください。
 - 利用が9月1日から年度末（3月31日）までの場合、当該年度分）

年度初日の属する年の1月1日の住所が幌延町以外であった場合、その市町村が発行した非課税証明書で世帯全員のを添付してください。