

大洲市病児保育事業利用者負担額免除申請書

年 月 日

大洲市長 様

申請者 住所  
(保護者) 氏名

大洲市病児保育事業実施要綱第14条第3項の規定に基づき、下記のとおり大洲市病児保育事業の利用者負担額の免除を申請します。

また、本申請にあたり、決定に必要な世帯の状況について、大洲市が調査することに同意します。

記

ふりがな 児童氏名	生年月日	年 齢	性 別	続柄
	年 月 日	満 歳 月	男・女	
免除申請理由 (※ 該当するものを ○で囲んでください。)	1 生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯 2 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留 邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第3 0号）による支援給付受給世帯 3 市町村民税非課税世帯			