

# 病児保育料減免(減免取消)申請書

令和 年 月 日

阪奈中央病児保育園 園長様

申請者 フリガナ  
(保護者) 氏 名 ㊟  
住 所  
電話番号

次のとおり、保育料の減免(減免取消)を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

## 対象児童

フリガナ 氏 名	性 別 男・女	生年月日 平成・令和	年 月 日
フリガナ 氏 名	性別 男・女	生年月日 平成・令和	年 月 日
フリガナ 氏 名	性別 男・女	生年月日 平成・令和	年 月 日

## 申請事由(該当する項目に☑をしてください)

事 由	添付書類	免除額
<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯による保育料減免	生活保護受給証明書	全額免除
<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯による保育料減免	所得・非課税証明書	半額免除
<input type="checkbox"/> 減免取消の申請		

### 【注意事項】

- 保育料減免は生駒市民に限る。
- 生駒市より補助対象事業に該当すると認められた場合のみ適応となる。
- 園の給食(おやつを含む)をご利用の場合は、保育料以外に給食費 400 円が別途必要です。
- 減免の事由に該当しなくなった場合は、速やかに届け出てください。