表面

様式第３（第１０条関係）

年　　月　　日

鹿児島市長　殿

鹿児島市病児・病後児保育事業 利用者負担金減免申請書

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

鹿児島市病児・病後児保育事業の利用者負担金の減免を申請します。なお、利用者負担金の決定に当たり、利用児童の保護者及び同居若しくは同一世帯に属する者の課税情報及び世帯情報を閲覧することに同意します。

太線枠の中を記入してください。

児　童　氏　名	生　年　月　日
	年　月　日
	年　月　日
	年　月　日
	年　月　日

申請者以外の保護者が児童と同居していない場合は記入してください。

【例】申請者以外の保護者が単身赴任等で住民票上の住所を分けている場合

児童から見た続柄	保護者等氏名	生年月日	住所
		年　月　日	
		年　月　日	

申請理由（該当する項目に〇）	実施施設	鹿児島市記入欄利用者負担金区分〔　年　月～　年　月〕	
A 生活保護受給世帯 B 市町村民税非課税世帯 C 所得税非課税世帯			□ A □ B □ C □ D
			―

※添付書類が必要な場合があります。裏面をご確認ください。

裏面

病児・病後児保育事業の減免申請について

ＡからＣまでの区分に該当する場合は、利用者負担金減免を受けることができます。

利用者負担金の区分		利用者負担金（日額）
A	生活保護法による被保護世帯	０円
B	Ａを除く市町村民税非課税世帯	
C	Ａ及びＢを除く所得税非課税世帯	１，０００円
D	Ｃを除く市町村民税課税世帯	２，０００円

※市町村民税所得割課税額を計算する場合、住宅借入金等特別税額控除、配当控除、寄附金税額控除、外国税額控除、配当割額・株式等譲渡所得割額控除は適用されません。

次に該当する場合は、減免申請時に証明書をご提出ください。

	４月～８月	９月～３月
A	生活保護受給証明書	
B	前年度の世帯全員の 市町村民税の所得額・課税額証明書 ※前年度の初日の属する年の１月１日に、鹿児島市内に居住していた方は、提出不要です。	当年度の世帯全員の 市町村民税の所得額・課税額証明書 ※当年度の初日の属する年の１月１日に、鹿児島市内に居住していた方は、提出不要です。
C	前々年度分の世帯全員の 源泉徴収票又は確定申告書の控え	前年度分の世帯全員の 源泉徴収票又は確定申告書の控え

※父母以外の世帯員（祖父母など）が家計を主として維持していると認められる場合には、家計の主宰者等の税額等を考慮し決定する場合があります。

１　利用時に申出がない場合、原則として、利用者負担金を減免することはできません。

２　食事やミルク代、医療費等については、減免することはできません。

３　生活保護受給状況又は課税状況に変更が生じた場合は、速やかに申し出てください。
区分が変更になる場合があります。