

土岐市病児・病後児保育費用減免申請書

年 月 日

土岐市長 様

申込者（保護者） 住 所
氏 名
電話番号

土岐市病児・病後児保育事業の利用にかかる費用の減免を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、確認のため、住民基本台帳の閲覧及び生活保護担当課への照会並びに病児・病後児保育実施施設で利用することを承諾します。

記

登録番号	第 号			
ふりがな 児童氏名		性別	生年月日	年 月 日
		男・女	年 齢	歳 ケ月
世帯員氏名	続柄	勤務先・幼稚園・保育園・小学校名		
申請区分		生活保護法による被保護世帯		
		多子世帯（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者を3人以上扶養する世帯）		