

減免確認依頼書(同意書)

下記施設を利用するにあたり、利用料軽減の対象に該当するか確認をお願いします。

確認依頼するにあたり、下記事項について同意します。

- ・市がシステムや地方公共団体情報システムを用いて、税情報等の確認を行うこと。
- ・必要に応じて市が個人番号を利用(確認)すること。
- ・必要な方(本人・配偶者)の情報を確認すること。

【利用料軽減 対象区分】	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に該当
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯に該当

年 月 日

申請者名	
窓口対応	施設名() 職員名()
事務名	病児・病後児保育事業

市確認欄	
対象者	
個人番号	
課税状況・生保確認	
確認結果	<input type="checkbox"/> 減免該当(利用料:0円) <input type="checkbox"/> 減免非該当
該当期間	年 8月 まで
	市確認者

毎年9月以降は、最新の非課税証明が必要となります。
下記の例を参考に必要に応じて施設に提出をお願いします。

～例～ R4. 4月～R4. 8月利用時・・・R3年度非課税証明
R4. 9月～R5. 8月利用時・・・R4年度非課税証明
R5. 9月～R6. 8月利用時・・・R5年度非課税証明