

様式第5号（第12条関係）

子ども健康支援一時預かり事業保護者負担金免除申請書

年 月 日

(宛先)

鳴門市長

申請者 住 所
(ふりがな)
氏 名
電話番号

鳴門市子ども健康支援一時預かり事業実施要綱に基づく保護者負担金の免除を受けたいので、同要綱第12条の規定により申請します。

なお、申請に当たり、鳴門市が申請内容について調査することに同意します。(住民基本台帳調査及び申請者、利用児童及び世帯員の生活保護・児童扶養手当受給状況、ひとり親医療費認定状況及び課税状況について調査することに同意します。)

対象者	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	(ふりがな) 氏 名			年 月 日
	(ふりがな) 氏 名			年 月 日
申請理由 (いずれかにチェック をしてください)		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯かつ児童扶養手当受給世帯又はひとり親医療費助成世帯		
		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯		
		<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯又はひとり親医療費助成世帯		

※ 前年度の初日の属する年の1月1日に鳴門市外に居住していた方については、以前にお住まいの市町村で発行された市町村民税の課税（非課税）状況が分かる証明書を添付してください。