

玉村町第2子以降保育料・副食費無償化適用申請書

年 月 日

(宛先) 玉村町長

申請者(保護者)住所 玉村町

電話

氏名

次の児童について、第2子以降保育料又は副食費の無償化の適用を申請します。

氏名	生年月日	施設名
	年 月 日 (歳)	
	年 月 日 (歳)	
	年 月 日 (歳)	
	年 月 日 (歳)	

上記児童の他に扶養している子ども

氏名	生年月日	同一世帯にいない場合その理由
	年 月 日 (歳)	
	年 月 日 (歳)	
	年 月 日 (歳)	
	年 月 日 (歳)	

添付書類

- ・健康保険証の写し(保護者が扶養している子ども全員分)
- ※次の場合は、第2子以降無償化の対象となりません。
- ・保育料算定に必要な市町村民税の申告等がされていない場合又は保育料に未納がある場合

(施設記入欄)

上記申請者(保護者)に保育料の未納がないことを証明します。

年 月 日

施設所在地

施設名

施設長名