

# 病児・病後児保育をご利用の

## みなさまへ

### ■ 減免制度について

次の①②のいずれかに該当する場合は、利用料の減免を受けることができます。

- ① 生活保護受給世帯・市民税非課税世帯・・・無料
- ② 市民税所得割非課税又は課税額 48,600 円未満の世帯・・・半額  
(保育料認定にかかる利用者負担額の階層区分がC 1 又はC 2の方が該当)

### ■ 減免制度を利用するための事前登録（申込書の提出）

減免制度をご利用になる方は、病児・病後児保育室利用日までに、次の資料を添付した「**千葉県病児・病後児保育事業利用料減免制度利用申込書**」を千葉県幼保支援課に提出し、**事前登録**をしておく必要があります。

なお、保護者同意の上、世帯の所得状況を確認することができますので、**添付資料を省略**することができます。

※その年の1月2日以降に、転入された方は添付資料の提出が必要な場合があります。

#### 【添付資料】

- ◆ ①の生活保護受給世帯 「利用日に生活保護受給世帯である証明書」
- ◆ ①の市民税非課税世帯
- ②の市民税所得割非課税世帯又は課税額 48,600 円未満の世帯
  - ・ 4月～8月に申し込む場合 「前年度の課税証明書等（前々年の所得）」
  - ・ 9月～3月に申し込む場合 「その年度の課税証明書等（前年の所得）」

### ■ 減免の方法（施設に対する確認書の提示）

事前登録後、「**千葉県病児・病後児保育事業利用連絡票**」（減免対象者であることを確認する書類）を送付します。施設をご利用になる際に、この「**千葉県病児・病後児保育事業利用連絡票**」を施設の職員に提示することで、利用料の減免を受けることができます。

※申請日当日や翌日など申請日と施設利用日が近い場合、千葉県病児・病後児保育事業利用料連絡票の発行が間に合わず、減免が受けられないことがありますので、余裕をもってご申請ください。

＜お問い合わせ＞ 千葉県幼保支援課（〒260-8722 千葉市中央区千葉港1-1新庁舎高層棟8階）  
電話 043-245-5105 FAX 043-245-5629

千葉市病児・病後児保育事業利用料減免制度利用申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

以下のとおり千葉市病児・病後児保育事業の利用料減免制度を申請します。

| 申請者  | フリガナ  |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|--|---|--|------|---------|----|---------|------|--|---|---|---|--|
|  | 保護者氏名   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  | 続柄  | 以下の対象児童から見て_____                                   |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  | 連絡先電話番号   | (携帯電話など平日、日中の連絡先)<br>— —                           |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
| 対象児童   | フリガナ  |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  | 氏名  |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  | 生年月日 (和暦)   | 年 月 日  |      | 年 月 日   |    | 年 月 日   |      |  |   |   |   |  |
|  | 児童の所属   | 保育所(園)等  |      | 保育所(園)等 |    | 保育所(園)等 |      |  |   |   |   |  |
|  |   | 幼稚園  |      | 幼稚園     |    | 幼稚園     |      |  |   |   |   |  |
|  |   | 小学校  |      | 小学校     |    | 小学校     |      |  |   |   |   |  |
| 住所   | 千葉市 区   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  | (建物名・部屋番号等)   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
| 対象者の<br>世帯構成   | 氏名  | 続柄   | 生年月日 | 職業      | 備考 |         |      |  |   |   |   |  |
|  |   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  |   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  |   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  |   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
|  |   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
| 世帯の区分  |   | ①生活保護世帯 ②市民税非課税世帯<br>③市民税所得割非課税世帯又は課税額48,600円未満の世帯 |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
| <p>同意書 以下に記載の確認事項をよくお読みのうえ、ご署名をお願いいたします。</p> <table><tr><th colspan="2">確認事項</th></tr><tr><td>1</td><td>利用料の減免決定にあたり、児童及び児童と同居する方の住民登録関係情報や市民税課税状況について、市役所内関係機関に、照会させていただきます。</td></tr><tr><td>2</td><td>利用料の減免決定にあたり、必要に応じて、生活保護の受給状況を、市役所内関係機関に照会させていただきます。</td></tr></table> <p>私は、本減免制度の利用の申込みにあたり、上記の確認事項について同意します。</p> <p>(署名欄) (自署の場合) 直筆で署名(押印不用)してください。<br/>(代筆の場合) 記名かつ押印してください。</p> <p>※署名欄の記載が必要な方<br/>⇒生計を同一にする児童の保護者及び15歳以上の同居人全員(未成年者も必要)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>※同意をいただいた場合であっても、状況により当該書類等の提出をお願いすることがあります。</p> |   |  |      |         |    |         | 確認事項 |  | 1 | 利用料の減免決定にあたり、児童及び児童と同居する方の住民登録関係情報や市民税課税状況について、市役所内関係機関に、照会させていただきます。 | 2 | 利用料の減免決定にあたり、必要に応じて、生活保護の受給状況を、市役所内関係機関に照会させていただきます。 |
| 確認事項   |   |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
| 1  | 利用料の減免決定にあたり、児童及び児童と同居する方の住民登録関係情報や市民税課税状況について、市役所内関係機関に、照会させていただきます。 |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |
| 2  | 利用料の減免決定にあたり、必要に応じて、生活保護の受給状況を、市役所内関係機関に照会させていただきます。                  |  |      |         |    |         |      |  |   |   |   |  |