

様式第1号（第3条関係）

揖斐川町第2子以降の保育料無料化申請書

年 月 日

揖斐川町長 様

申請者 住 所 揖斐川町
(保護者) 氏 名
電 話



次の児童に係る、年度保育料月額無料化を受けたいので、次のとおり申請します。

対象児童等	_____ 幼稚園 _____ 歳児
	氏 名 _____ 年 月 日生

養育している他の児童の氏名等

氏 名	生年月日	現 住 所	同一世帯にいない場合の理由

確認が必要な場合は、町が住民票等の公簿を確認することに同意します。申請内容に変更等があった場合は速やかに届け出ます。

○町記入欄（記入しないでください。）

保育料認定欄	月から 月額 _____ 円 階層 _____
	月から 月額 _____ 円 階層 _____