

長期欠席軽減申請書

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

尼崎市 長 あて

申請者(保護者) 住所 尼崎市〇〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 〇〇 〇〇

電話 (〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

尼崎市保育所等利用者負担額の長期欠席軽減制度実施要綱に基づき、利用者負担額(保育料)の軽減を受けたいので次のとおり申請します。

保育施設名	〇〇〇〇〇保育園	児童名 (生年月日)	〇〇 〇〇 (令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日生)
-------	----------	---------------	------------------------------

【理由】

令和 〇 年 〇 月 〇〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇〇 日 (〇〇 日間) まで、

(傷病者氏名) 〇〇 〇〇 の別紙診断書の傷病により

保育施設を利用できなかったため

< 公立保育所、法人保育園をご利用の方は、チェックを入れてください。 >

☒ 保育料軽減額について、未納保育料に充当後、なお余りがある場合は、当該額を翌月分以降の保育料へ充当することに同意します。

※保育施設記入欄

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間) の間、
当該児童が保育施設を利用していないことを証明します。

令和 年 月 日

施設管理責任者 役職・氏名 _____

(署名[自筆]、または記名押印[ゴム印・印鑑])

※尼崎市記入欄

児童番号 _____ 階層 _____

欠席期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)

軽減対象月 令和 年 月 軽減前保育料 _____ 円

保育料軽減額 _____ 円 $\times 1/2 =$ _____ 円 軽減後保育料 _____ 円

長期欠席特例を ☐ 適用します ☐ 適用しません

公文書開示の区分

部分開示 条例第 7 号第 2 号該当

起案日 令和 年 月 日

回議完了 令和 年 月 日

課 長

係 長

担 当

※ 認定こども園・小規模事業所はご利用の施設から軽減額を還付等します。 (R6.11 月改定)

ここに診断書を貼り付けてください。

診 断 書

住 所： 兵庫県尼崎市〇〇町〇丁目〇〇ー〇

氏 名： 〇〇〇〇

生 年 月 日： 〇〇年〇〇月〇〇日生

傷 病 名： 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

付 記： 上記診断により、

〇〇年〇月〇日 ～ 〇〇年〇月〇日まで、
安静加療を要した。

診断書には、傷病により保育施設を利用できなかった
期間の明記が必要です。

上記の通り診断します。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関所在地： _____

医 療 機 関 名 称： _____

医 師 氏 名： _____