

様式第 5 号 (第 9 条関係)

高石市病児保育室利用料金免除申請書

年 月 日

高石市病児保育室指定管理者 宛

住所

保護者氏名

電話番号

高石市病児保育室条例施行規則第 9 条の規定により利用料金の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

児童氏名		生年月日	年 月 日
申請理由			

※申請書には、免除に必要な関係書類を添付して下さい。