

第 号
年 月 日

様

浜松市長

浜松市病児・病後児保育事業利用料等免除承認(不承認)通知書

年 月 日に申請があった浜松市病児・病後児保育事業の 年度の利用料及び
副食費の免除について、承認(不承認)します。

免除番号	児 童 氏 名	生 年 月 日	年 齢 (当該年度の4月1日の前日現在)
		年 月 日	歳
		年 月 日	歳
		年 月 日	歳
免 除 事 由			
免除期間			
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
不承認の理由			

備考

- 施設利用時にこの通知書を提示してください。免除が適用とされる施設は、浜松市病児・病後児保育事業実施要綱に基づき浜松市病児・病後児保育事業を行う実施施設に限ります。
- 利用料及び副食費の免除は、免除期間内において適用しますが、期間内に免除事由に該当しなくなった場合は免除しません。
- 利用にあたって免除を受けた利用料及び副食費の額については、保護者に代わり、実施施設が浜松市から補助を受けることにより、当該保護者に対し補助があったものとみなします。