

保護者各位

阿賀町こども・健康推進課長

保育料の軽減措置について（お知らせ）

日ごろ保育園運営に格別なるご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、町では国の「幼児教育・保育の無償化」の取り組みにあわせ、多子世帯の経済的負担の軽減を行っています。

また、ひとり親世帯や在宅障害児（者）のいる世帯の児童についての減額規定を設けています。

詳細については下記のとおりです。

記

1 保育料徴収基準額表 別紙のとおり

2 多子世帯における経済的負担軽減

対象は、保護者の養育する児童が

- ・第2子の場合 → 徴収基準額の半額
- ・第3子以降の場合 → 免除

3 その他の減免

保護者（配偶者含む）が一定の所得以下であって、かつ下記に該当する場合

- 1) ひとり親世帯
- 2) 在宅障害児（者）のいる世帯（身体障害手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、特別児童扶養手当、国民年金の障害基礎年金等の受給者）

4 減免申請手続き

減免（第2子、第3子以降およびひとり親世帯、在宅障害児（者）のいる世帯）の適用を受けるには、別添の様式により入園月の10日までに役場または保育園に申請する必要があります。提出の期限を過ぎますとその月の保育料については適用となりませんので、お早めに提出してください。なお、この申請は、毎年必要となります。

新規（途中）入園申し込みの方は、申し込み書類と一緒に提出ください。

担当 阿賀町役場 こども・健康推進課 こども係 電話 92-5762
--

保育料減免申請書

令和 年 月 日

阿賀町長 様

申請者（保護者） 住所 阿賀町 _____
氏名 _____ 印

次の理由により保育料の減免を受けたく、阿賀町保育所保育料徴収規則第5条の規定により申請します。

*申請内容を確認するため、阿賀町が所有する私の世帯情報について、担当職員が閲覧することに同意します。

児童氏名・生年月日	平成・令和 年 月 日生
保育園名	保育園
減免申請理由（該当するものに○を付けてください。）	
1 入園児童は、私が監護し生計が同一である「きょうだい」のうち第2子となるため。（徴収基準額表に定める額の1/2の額）	
2 入園児童は、私が監護し生計が同一である「きょうだい」のうち第3子以降となるため。（無料）	
3 ひとり親世帯等であるため。	
4 在宅障害児（者）のいる世帯であるため。 （ 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 特別児童扶養手当支給対象児童 国民年金の障害基礎年金受給者 ）	