同　　意　　書

病児・病後児保育事業の利用料確認のため、上三川町に対して

事業所が、私の世帯の課税状況等について調査することに同意します。

上　三　川　町　長　　様

　　　令和　　年　　月　　日

　　　　住　　　所　　上三川町

　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※認定欄（記入不要です。）

　　利用料（保育料、飲食費を含む）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当 | 利用者の世帯区分 | 日額 |
| □  □  □ | １．生活保護世帯  ２．町民税非課税世帯  ３．その他の世帯 | ０円  　　　　　　　　　０円  　　　　　２，５００円 |