

Example Entry of Application Form for Reduction or Exemption (Front Side)

Please fill out the information for the person who was listed in the column of "Parent/Guardian" in the after-school care application form. If the parent/guardian has changed, please also submit a change application.

Fill out "check mark" in the applicable item of "Application Details". If you wish to cancel the reduction/exemption, please state the month of cancellation and the reason for cancellation.

Fill out "check mark" in the applicable item of "Application Details".

When submitting a "Recipient Certificate of Medical Expense Subsidies for Single-parent Families (copy)", please make sure that the month for which you apply for reduction/exemption is written on your recipient certificate. (since the recipient certificate is usually updated in July each year, the recipient certificate for the previous year is also required to confirm that the period from April to June is applicable.)

● 新規利用の方も継続利用の方も、必ず本申請書をご提出ください。

2025年度 神戸市放課後児童クラブ(学童保育) 利用料減免(減免取消)申請書

神戸市長 あて
次のとおり、利用料の減免(減免取消)を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請日：西暦 2025 年 5 月 / 日

神戸市がシステムを利用して「児童扶養手当の受給」および「住民税情報」を確認することに同意いただいたうえでご記載ください。

保護者情報(里親を含む)											
フリガナ	コウベ イチコ										
氏名	神戸 市子										
生年月日	西暦 1980 年 3 月 30 日										
住所	〒 650-8570 神戸市中央区 加納内町 6-5-7										
携帯電話番号	080-XXXX-XXXX <small>※ 神戸市から保護者の電話番号に連絡を行うことがあります。 なお、電話がつかない場合に SMS(ショートメッセージ)で連絡をすることがあります。</small>										
メールアドレス	kobe.ichiko@xxx.com										
申請内容(あてはまるものにチェックマークを記入してください)											
申請内容	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> (施設変更のための)継続申請 <input type="checkbox"/> 減免取消										
	取消の場合 取消月： 年 月 取消理由：										
申請区分(あてはまるものにチェックマークを記入してください)											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>必要添付資料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯</td> <td>● 生活保護適用証明書(発行から3か月以内)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯のうち 母子家庭・父子家庭</td> <td>なし ただし、児童扶養手当の受給のない方は、 ● ひとり親家庭等医療費受給者証(写し) (または その他ひとり親家庭等を証明する書類)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 里親委託の受託世帯</td> <td>● 里親委託証明</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 所得税非課税世帯</td> <td>下記書類のどちらか ※同一世帯で18歳以上の方全員分 ● 令和6年(2024年)分 源泉徴収票(写し) = 勤務先から交付を受けたもの ● 令和6年(2024年)分 所得税確定申告書第一表及び第二表(写し) = 税務署に申告したもの(税務署受付印を押したもの) ただし、2025年6月以降に本申請を行う場合は、上記書類は提出不要です。</td> </tr> </tbody> </table>	区分	必要添付資料	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	● 生活保護適用証明書(発行から3か月以内)	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯のうち 母子家庭・父子家庭	なし ただし、児童扶養手当の受給のない方は、 ● ひとり親家庭等医療費受給者証(写し) (または その他ひとり親家庭等を証明する書類)	<input type="checkbox"/> 里親委託の受託世帯	● 里親委託証明	<input checked="" type="checkbox"/> 所得税非課税世帯	下記書類のどちらか ※同一世帯で18歳以上の方全員分 ● 令和6年(2024年)分 源泉徴収票(写し) = 勤務先から交付を受けたもの ● 令和6年(2024年)分 所得税確定申告書第一表及び第二表(写し) = 税務署に申告したもの(税務署受付印を押したもの) ただし、2025年6月以降に本申請を行う場合は、上記書類は提出不要です。
区分	必要添付資料										
<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	● 生活保護適用証明書(発行から3か月以内)										
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯のうち 母子家庭・父子家庭	なし ただし、児童扶養手当の受給のない方は、 ● ひとり親家庭等医療費受給者証(写し) (または その他ひとり親家庭等を証明する書類)										
<input type="checkbox"/> 里親委託の受託世帯	● 里親委託証明										
<input checked="" type="checkbox"/> 所得税非課税世帯	下記書類のどちらか ※同一世帯で18歳以上の方全員分 ● 令和6年(2024年)分 源泉徴収票(写し) = 勤務先から交付を受けたもの ● 令和6年(2024年)分 所得税確定申告書第一表及び第二表(写し) = 税務署に申告したもの(税務署受付印を押したもの) ただし、2025年6月以降に本申請を行う場合は、上記書類は提出不要です。										

※書類提出が不要の場合でも、神戸市のシステム上で情報が確認できない際は、書類の提出を求める場合があります。

裏面も忘れずにご記入ください →

If you are also unable to submit the "Recipient Certificate of Medical Expense Subsidies for Single-parent Families (copy)" because you are in the process of divorce mediation, etc., please attach any document that shows the situation, such as a "Certified Copy of Family Register" if you are divorced, or a "Divorce Mediation Application Form" or "Court-related Documents" if you are not divorced.

Example Entry of Application Form for Reduction or Exemption (Back Side)

If you use only one facility, please fill out the name of the facility you use and the child's information below it. If you use more than one facility, please fill out the following items separately.

If you use only one facility, please fill out the name of the facility to be used and the information of the child below it. If you use multiple facilities, please fill out the following items separately.

If there are facilities other than those listed above when siblings use different facilities, etc., please fill out the names of the facilities and fill out the information of the children using the facilities below them.

This form is required only if the after-school care fee is not paid by direct debit. Please fill out the bank account to which the refund will be transferred when the refund is generated due to reduction/exemption. (If the fee is paid by direct debit, the refund will be transferred to your registered account.)

児童情報(利用する学童保育施設ごとに必要事項を記入してください)			
利用する学童保育施設 ①	三宮	<input checked="" type="checkbox"/> 児童館 <input type="checkbox"/> 児童館分室 <input type="checkbox"/> 学童保育コーナー <input type="checkbox"/> 学童保育コーナー分室	
フリガナ 児童名	生年月日	性別	学童保育施設名(変更がある場合)
① コウベ コウタロウ 神戸 港太郎	西暦 2017年 5月5日	男・女 男	(変更前)
②	西暦 年 月 日	男・女	(変更前)
③	西暦 年 月 日	男・女	(変更前)
④	西暦 年 月 日	男・女	(変更前)
⑤	西暦 年 月 日	男・女	(変更前)
複数の学童保育施設をご利用する場合、下記も記入してください			
利用する学童保育施設 ②	元町	<input type="checkbox"/> 児童館 <input type="checkbox"/> 児童館分室 <input checked="" type="checkbox"/> 学童保育コーナー <input type="checkbox"/> 学童保育コーナー分室	
フリガナ 児童名	生年月日	性別	学童保育施設名(変更がある場合)
① コウベ ニンコ 神戸 西子	西暦 2015年 7月7日	男・女 男	(変更前)
②	西暦 年 月 日	男・女	(変更前)
③	西暦 年 月 日	男・女	(変更前)
口座情報			
学童保育料を口座引き落としにしていますか。		はい <input checked="" type="radio"/> ・ いいえ <input type="radio"/>	
学童保育料を口座引き落としにしない場合は、下記に還付金の入金先を書いてください			
金融機関	神戸金銀行	支店名	三宮支店
口座番号(左詰めで書いてください)	0 1 2 3 4 5 6 7		
口座名義	コウベ イチコ		

Please fill out this form only if you have received reduction/exemption, but you have changed the after-school care facility you use and you wish to continue applying for reduction/exemption.