

別記第1号様式(第7条)

君津市病児・病後児保育利用登録票

年 月 日

君津市長 様

登録者 住所

(保護者) 氏名

電話 ()

病児・病後児保育事業を利用したいので、下記のとおり登録します。

なお、利用に当たり次の内容に承諾します。

- 1 児童の状態が悪化した場合は、保護者が引き取ること。
- 2 児童の状態が緊急を要する場合で保護者に連絡が取れないときは、事業実施者の判断で保護者の了解を得ないまま医療機関での受診、治療及び処置が行われることがあること。その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 3 事業実施者の指示事項に反する場合は、事業を利用することができなくなる可能性があること。

児 童	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 (歳 月)
	通園(学)施設名	電話： ()		
	かかりつけの医療機関名	電話： ()		
保 護 者	ふりがな	続柄	緊急連絡先	
	氏名			
	メールアドレス			

注 この登録票は、事業実施者(施設)を経由して提出してください。

令和8年1月15日

君津市長

様

記入例

登録者 住所 君津市久保2-13-1
(保護者) 氏名 君津 学
電話 ****(**)*****

病児・病後児保育事業を利用したいので、下記のとおり登録します。

なお、利用に当たり次の内容に承諾します。

- 1 児童の状態が悪化した場合は、保護者が引き取ること。
- 2 児童の状態が緊急を要する場合で保護者に連絡が取れないときは、事業実施者の判断で保護者の了解を得ないまま医療機関での受診、治療及び処置が行われることがあること。その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 3 事業実施者の指示事項に反する場合は、事業を利用することができなくなる可能性があること。

児 童	ふりがな	きみつ まなぶ		性別	生年月日
	氏名	君津 学		男	令和00年0月0日 (2歳8カ月)
	通園(学)施設名	〇〇保育園 電話:****(**)*****			
	かかりつけの医療機関名	△△クリニック 電話:****(**)*****			
保 護 者	ふりがな	続柄	緊急連絡先		
	君津 太郎	父	(株)〇〇〇〇会社 電話****(**)*****		
	君津 花子	母	携帯:****(**)*****		
	メールアドレス	hoiku@city.kimitsu.lg.jp			

注 この登録票は、事業実施者(施

【スマートフォン、LINEのご利用環境がない場合】
ご記入いただいたメールアドレスに、請求メッセージをお送りします。