

登録番号：

第2号様式（第8条）

君津市病児・病後児保育事業利用申込書

令和 年 月 日

君津市長 様

申請者 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、次のとおり申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日
児童氏名		男・女	年月日 (歳 月)
今回の症状			
診断した医師	(医療機関名)	(医師名)	
利用日	令和 年 月 日		
利用を希望する理由 (保護者の都合)	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()		
緊急連絡先	氏名 (児童との関係) ※申請者と異なる場合のみ記入		
	携帯等		
	勤務先等 (名称) (電話)		
迎えについて	1 迎えに来る方 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 申請者と同一 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先と同一 <input type="checkbox"/> その他 (氏名 児童との関係) 2 迎えの予定時刻 午前・午後 時 分		
請求通知先	<input type="checkbox"/> LINE通知 <input type="checkbox"/> メール※アドレスの記入必須 (メールアドレス: @)		
負担額の免除について	該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯 ※「生活保護受給証明書」添付		

※ この申込書は、事業実施者（施設）を経由して提出してください。

※ コンビニエンスストア払いは、別途、手数料 330 円をご負担いただきます。

実施施設 記入欄	利用形態	生活保護受給世帯	その他の世帯	
	<input type="checkbox"/> 病児 <input type="checkbox"/> 病後児	無料 <input type="checkbox"/>	5時間まで	() 時間
			1,500円 <input type="checkbox"/>	() 円 <input type="checkbox"/>

令和8年2月20日

記入例

君津市長

様

申請者 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、次のとおり申し込みます。

ふりがな	きみつ まなぶ	性別	生年月日
氏名	君津 学	男	令和〇〇年〇月〇日 (2歳8カ月)
今回の症状	発熱、咳		
診断した医師	(医療機関名) △△クリニック	(医師名) △△ △△	
利用日	令和8年2月20日		
利用を希望する理由 (保護者の都合)	該当するものに☑してください。 ☑仕事 □傷病 □出産 □冠婚葬祭 □その他()		
緊急連絡先	氏名 君津 花子 (児童との関係 母) ※申請者と異なる場合のみ記入		
	携帯等 ****(**)****		
	勤務先等 (名称 (株)□□□会社) (電話****(**)****)		
迎えについて	1 迎えに来る方 ※該当するものを1つだけ☑してください。 □申請者と同一 ☑緊急 □その他(氏名) 2 迎えの予定時刻 午後17時30分	スマートフォン、LINEのご利用環境がない場合は、ご利用可能なメールアドレスをご記入ください。ご利用月翌月に請求メッセージが届きますので、支払い方法を選択し、お支払いをお願いします。	
請求通知先	☑LINE通知 □メール※アドレスの記入必須 (メールアドレス: @)		
負担額の免除について	該当する場合は☑してください。 □生活保護法による被保護世帯 ※「生活保護受給証明書」添付		

※ この申込書は、事業実施者(施設)を経由して提出してください。

※ コンビニエンスストア払いは、別途、手数料330円をご負担いただきます。

実施施設 記入欄	利用形態	生活保護受給世帯	その他の世帯	
	□病児	無料 □	5時間まで	()時間
□病後児	1,500円 □		()円 □	