

登録番号：

第2号様式（第8条）

君津市病後児保育事業利用申込書

平成 年 月 日

君津市長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名
電話 ()

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	平成 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		
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		

※ 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。

※ 生活保護法による被保護世帯の場合は、「生活保護受給証明書」を添付してください。

実施施設
記入欄

生活保護受給世帯		その他の世帯	
5時間まで	() 時間	5時間まで	() 時間
無料 <input type="checkbox"/>	無料 <input type="checkbox"/>	1,500円 <input type="checkbox"/>	()円 <input type="checkbox"/>