

病児・病後児保育利用申込書

申込日 年 月 日

習志野市長 宛て

住所 _____

申込者

氏名 _____

病児・病後児保育を保護者の都合（1. 仕事 2. 疾病 3. 事故 4. 出産
5. 冠婚葬祭 6. その他〔 _____ 〕）のため利用したいので
申込みます。

緊急連絡先

勤務先等 ()

携帯電話 ()

かかりつけ医院等

病院名 _____

電 話 ()

本日お迎えに来る方について

お迎えの方が変更になる

氏名 () 続柄 () 場合は、必ずご連絡くだ

お迎えの予定時刻 (時 分) さい。

ふりがな

児童氏名

生年月日

(年齢)

年 月 日

(歳 ヶ月)

今回の病名

・明日の利用について

(1. 病状によって利用したい 2. 病状に関わらず利用しない)

※利用を予定している方は、予約状況をご確認ください。

【費用の保護者負担額の確認】 ※ 該当する場合は () に○をつけてください。

() 生活保護世帯に該当する

() 市民税非課税世帯に該当する

◇病児・病後児保育の利用に当たって、算定に必要な私の課税状況を確認することを

承諾します。 氏名 _____ 氏名 _____

() 所得税非課税世帯に該当する（証明書を添付してください）