

## 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  
さい。  
お迎えの予定時刻 ( 時 分 )

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）