

令和8年2月20日

様

電話 * * * * (* *) * * * *

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か月)
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 ※該当するものに☑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		
請 求 通 知 先	☒ L I N E 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		

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。

※ 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 ☐ 病後児	無料 ☐	5 時間まで	() 時間
			1,500 円 ☐	() 円 ☐