

大分市病児保育事業利用（変更）申請書

大分市長

殿

年 月 日

下記のとおり利用（変更）を申請します。
また、申請に当たっては、関係施設、関係市町村へ情報提供することに同意します。

（保護者記入欄）

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先	
	携帯電話 ()			TEL ()	
	携帯電話 ()			TEL ()	
	利用事由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭等 6. その他 ()			
	利用期間	当初	年 月 日	～	年 月 日
		追加	年 月 日	～	年 月 日
	利用料軽減の有無	生活保護世帯に該当 する ・ しない		※該当する場合は、生活保護受給者証又は ※診療依頼票を提示してください	
	市民税非課税世帯に該当 する ・ しない		※該当する場合は、最新の課税証明書を提出してください		
対 象 児 童	児童氏名		性別	生年月日	
	(ふりがな)			(歳 か月)	
				年 月 日	
	住所 (〒 -)				
	(通所施設等の区分) 1. 認可保育施設等 (※)、企業主導型保育 (※認可保育所、認定こども園、小規模・事業所内・家庭的保育事業) 2. 認可外保育施設 (ベビーシッター、認可外の事業所内保育を含む。) 3. 幼稚園 4. 小学校 (年生) 5. 家庭監護			(通所施設等の名称) 保育所(園) こども園 幼稚園 小学校	
	*アレルギーの有無 (有・無) *アレルギー食品 (卵・大豆・牛乳・その他())				
	(かかりつけ医)		担当医師名		
医療機関名		(TEL)			

（医療機関記入欄）

病名	診断日	年 月 日
現状	1. 病気の回復期に至っていない 2. 病気の回復期	
指示事項	隔離の必要	有 ・ 無
	特記事項 ※配慮を要する事項等ある場合は、 記入してください。	
<p>診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。</p> <p>医療機関所在地 名 称 診断医師名</p>		