

(市町村名) 病児保育事業利用(変更)申請書

市町村長

殿

年 月 日

(保護者記入欄) **※病児保育予約システムを利用する場合は、対象児童欄の児童氏名と  
生年月日のみ記載してください。**

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、 <b>生活保護受給者証又は 診療依頼証</b> を提示してください。
	市町村民税非課税世帯に該当する	・ しない	※該当する場合は、 <b>最新の課税証明書</b> を提出してください。
対象児童	児童氏名 (ふりがな)	性別	生年月日 ( 年 歳 か月) 年 月 日
	住所(〒 - ) 大分県		
	(通所施設等の区分)		(通所施設等の名称)
	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		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
	※該当する方を丸で囲ってください。		
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。			

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。

医療機関所在地

名 称

診断医師名