

(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、生活保護受給者証又は 診療依頼証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、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 (〒 -)					
	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)			保育所(園) こども園		
	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。)			幼稚園		
3. 幼稚園 4. 小学校 (年生) 5. 家庭監護			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			