

様式第4号（第7条関係）

大分市病児・病後児保育事業利用（変更）申請書

大分市長

殿

年 月 日

（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	
	生活保護世帯に該当 する ・ しない 該当する場合は診療依頼証を持参して下さい。					
	市民税非課税世帯に該当 する ・ しない 該当する場合は所得税額証明を提出下さい。					
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(〒 )		電話	( )		
	大分市					
	(通園施設等)		( 公立・認可・認可外 )	ア)	小学校	年生
	1. 保育所(園) [ ]		2. その他	イ)	幼稚園	
			ウ)	家庭監護		
*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	1. ベット上安静 2. 室内保育 3. その他 ( )		
<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> <p style="text-align: right;">印</p>			