

大分市病児保育事業利用（変更）申請書

記入例

大分市長

殿

令和〇年〇月〇日

(保護者記入欄)

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先
	大分 太郎		父	〇〇会社
	携帯電話 090 (1234) 5678			TEL 097 (500) 1234 内線1111
	大分 花子		母	□□会社
	携帯電話 080 (1234) 5678			TEL 097 (511) 1234 内線2222
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	令和〇年4月1日 ~ 令和〇年4月2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 ・ <input checked="" type="radio"/> しない		※該当する場合は診療依頼証を持参してください。	
	市民税非課税世帯に該当 する ・ <input checked="" type="radio"/> しない		※該当する場合は市民税・県民税課税証明書又は大分市寡婦（夫）控除のみなし適用に係る決定通知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) おおいた さちこ		女	(〇歳 〇か月)
	大分 幸子			平成〇年〇月〇日
	住所 (〒 870 - ****) 大分市 △△町〇番〇号			
	(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)		大分 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 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 *アレルギー食品 <input checked="" type="radio"/> 卵・大豆・牛乳・その他()				
(かかりつけ医)		担当医師名 大手 一郎		
医療機関名 △△小児科		(TEL) 097 (522) 3333		

(医療機関記入欄)

病名	上気道炎	診断日	令和〇年〇月〇日
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. ベッド上安静 ②. 室内保育 3. 隔離必要 4. その他 ()		
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		医療機関の証明 <input checked="" type="checkbox"/>	