

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 診療依頼証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)			(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
	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。 年 月 日			
医療機関所在地 名 称 診断医師名			