

記入例

大分市病児保育事業利用（変更）申請書

大分市長

殿

令和〇年 〇月 〇日

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
	大分 太郎			〇〇会社
	携帯電話	090(××××)××××		TEL 097(×××)××××
	大分 花子			△△会社
	携帯電話	080(××××)××××		TEL 097(×××)××××
	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、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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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) おおいた さちこ			(〇 歳 〇 か月)
	大分 幸子			令和〇年 〇月 〇日
	住所 (〒 870 - 8504) 大分市荷揚町2番31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 (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 大手 一郎先生		
医療機関名 △△小児科		(TEL) 097(×××)××××		

(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	隔離の必要	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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。 令和〇年 〇月 〇日			
医療機関所在地 名 称 診断医師名		医療機関で記入してもらってください。	