

大分市病児保育事業利用（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	
	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 ・ しない			※該当する場合は所得税額証明又は 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)			(歳 か月)		
				年 月 日		
	住所(〒 -)		TEL	()		
	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)		[]	イ)	幼稚園	
認定こども園		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>			