

豊後高田市病児・病後児保育事業利用 (変更) 申請書

豊後高田市長

殿

年 月 日

(保護者記入欄) ※病児保育予約システムを利用する場合は、対象児童欄の児童氏名と生年月日のみ記載してください。(令和3年10月~)

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。		
	市町村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(簿) を提出してください。		
対 象 児 童	児童氏名 (ふりがな)		性別	生年月日 (歳 が) 年 月 日		
	大分県					
	(通所施設等の区分) 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) 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。) 3. 幼稚園 4. 小学校 (年生) 5. 家庭監護			(通所施設等の名称) 保育所(園) こども園 幼稚園 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)			

記入するのは青枠内の「児童氏名」と「生年月日」のみです

赤枠内をかかりつけ医に記入してもらってください

(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 (病児) 2. 病気の回復期 (病後児)		
指示事項	隔離の必要	有 ・ 無 ※該当する方を丸で囲ってください。	
	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。			
医療機関所在地 名 称 診断医師名			