

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			

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 ・ 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) 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)		
	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。)			こども園		
	3. 幼稚園 4. 小学校 (年生) 5. 家庭監護			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 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 ・ 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。			