

日田市病児・病後児保育事業利用（変更）申請書

日田市長

殿

年 月 日

下記のとおり、（ 病児 病後児 ）保育事業の利用（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）

利用希望施設名		<input type="checkbox"/> 中央病院(病児) <input type="checkbox"/> 丸の内こども園(病後児) <input type="checkbox"/> おおやまこども園(病後児)		
保 護 者	保護者氏名		続柄	
	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 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、生活保護受給者証又は診療依頼証を提示してください。 ※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	
	(ふりがな)		生年月日 (歳 か月)	
			年 月 日	
	住所(〒 -) 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)		

（医療機関記入欄） ※日田市の医療機関については、「病児・病後児保育事業の利用（変更）に係る主治医意見書」の交付を受け、本申請書に添付して提出してください。

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 ※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			