

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		日田中央病院病児保育室	
保 護 者	保護者氏名		続柄
	TEL ( ) ( )		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。 市町村住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
	(ふりがな)		生年月日 ( 歳 か月 )
	住所(〒 - )		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・家庭の保育事業) 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) 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。		
<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>			