様式第4号（第6条関係）

病児保育事業利用（変更）申請書

豊後大野市長　　　　　　　　様

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 |
| 利用時由 | 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**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（〒　　－　　　）　大分県 |
| （通所施設等の区分）１.認可外保育施設等(※)、企業主導型保育（※認可外保育所、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含む。)３.幼稚園　4.小学校(　年生)　5.家庭看護 | （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） 担当医氏名医療機関名　　　　　　　　　　　(TEL) |

（医師記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名 |  | 診断日 |  |
| 現状 | １．病気の回復期に至ってない　　　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。　　　　医療機関名　　　　　名　　称　　　　診断医師名 |