

別府市病児保育事業利用（変更）申請書

別府市長

あて

年

月

日

（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 | | | | | | | | |
| | 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。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 本利用申請書の記載事項について、関係施設、関係市町村に情報提供することに同意します。 | | | | | | | | |
| | 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 | | | | 通所施設等の名称 | | | | | |
| 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 医療機関名 | | | | 担当医師名 (TEL) | | | | | |

※その他利用上必要な情報を病院等より保護者の方へ書面又は口頭にて確認する場合があります。

（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 ※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 | | | | | |