

病児保育事業利用（変更）申請書

竹田市長 様

令和 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	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。	
	<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)			
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 ※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>			

お子様の朝の健康状態について記載をお願いします

氏名		呼び名	
朝の様子	・今朝の体温 °C (測った時間 時 分)		
	・座薬の使用 有 ・ 無 (時 分)		
	・薬を飲んだ時間 時 分		
	・排 便 有 ・ 無 便の状態 ()		
	・咳 有 ・ 無 咳の状態 ()		
	・鼻 水 有 ・ 無		
	・嘔 吐 有 ・ 無 嘔吐の状況 ()		
	・機 嫌 良い ・ 普通 ・ 悪い		
	・安 静 特に制限なし ・ ベッド安静 ・ その他 ()		
	・食 事 特に制限なし ・ 絶食 ・ その他 ()		
	・薬 特になし ・ 食前 ・ 食後 その他 ()		
	・アレルギー 有 ・ 無 アレルギー食品 ()		
特記事項			
	・お迎えの時間 時 分		