

中津市 病児保育事業利用（変更）申請書

市町村長

殿

年 月 日

(保護者記入欄)

※病児保育予約システムを利用する場合は、対象児童欄の児童氏名と生年月日のみ記載してください。

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"/> 施設利用決定のため、中津市が保有する保護者及び同一世帯に属する家族の税務資料の 閲覧に同意します。					
	<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。		
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			

処 理 用 欄 料	区分			実利用日数	利用料	円	徴収日
	一般	市民税 非課税	生活保護	日	合計	円	年 月 日
					担当者 :		