

様式第4号(第7条関係)

由布市病児・病後児保育事業利用(変更)申請書

由布市長

殿

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
	生活保護世帯に該当 する ・ しない ※該当する場合は <u>診療依頼証</u> を持参して下さい。					
	市民税非課税世帯に該当 する ・ しない ※該当する場合は <u>所得税額証明</u> を持参して下さい。					
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(〒 -)		電話 ()			
	由布市					
	(通園施設等) (公立 ・ 認可 ・ 認可外)		ア) 小学校 年生			
1. 保育所(園 {)		2. その他 イ) 幼稚園 ウ) 家庭監護				
※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	1. ベッド上安静 2. 室内保育 3. その他()		
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			
(印)			