

記入例
テオテで予約の場合

佐伯市長

様

R8 年 4 月 1 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。		
	市町村住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) さいき さくら		女	(0 歳 11 か月)		
	佐伯 さくら			令和7年 4 月 30 日		
	住所 (〒 -) 大分県					
	(通所施設等の区分) 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)			(通所施設等の名称) 保育所 (園) こども園 幼稚園 小学校		
	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。) 3. 幼稚園 4. 小学校 (年生) 5. 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）

医 療 機 関 に 記 入 し て も ら い ま す	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						

（施設記入欄）

利用期間

年 月 日 ~

年 月 日