

記入例
電話予約の場合

R3年 10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
	佐伯 花子	母	母携帯
	携帯電話 000(1234)5678		TEL 000(1234)5678
	佐伯 太郎	父	●●会社(父職場)
	携帯電話 000(2234)5678		TEL 0972(22)0000
	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 令和3年10月1日 ~ 令和3年10月2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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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		(0歳 11か月)
	佐伯 さくら	女	令和2年10月31日
	住所 (〒876-8585) 大分県佐伯市中村南町1番1号 OOアパート202号室		
	(通所施設等の区分)	(通所施設等の名称)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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) 2. 認可外保育施設(ハッピーシッター、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	保育所(園) <input checked="" type="checkbox"/> こども園 △△△ 幼稚園 小学校	
*アレルギーの有無(<input checked="" type="checkbox"/> 有・無) *アレルギー食品(<input checked="" type="checkbox"/> 卵・大豆・牛乳・その他())			
(かかりつけ医)		担当医師名 城山 海	
医療機関名	■■病院	(TEL)	22-●●●●

(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