

臼杵市長

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	
	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。				
市民税非課税世帯に該当 する ・ しない ※該当する場合は、世帯員全員に係る直近の 年度分の課税証明書を提出してください。						
1. 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。 2. 利用料減免対象の審査のため、臼杵市の保有する保護者及び同一世帯員の税務資料、住民基本台帳等を公 簿にて確認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) 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(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			(通所施設等の名称) 保育所(園) こども園 幼稚園 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) 医療機関名			担当医師名 (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			

