（希望施設名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（児童氏名）

傷病・障がい・介護・出産等　申　立　書

令和　　年　　月　　日

住　所　千代田町

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

児童との続柄（　　　　）

下記の理由により、児童の保育が必要であることを申し立てます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病  または障がい等 | 傷病者等氏名 | | |  |
| 生年月日 | | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 児童との続柄 | | | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟等（　　　） ・ その他（　　　） |
| 傷病・障がい名等 | | |  |
| 障害者手帳の有無 | | | 有 （ 　 　級） ・ 無 （「有」の場合は、手帳のコピーを添付） |
| 診療機関名 | | | 入院 ・ 通院 |
| 通院回数 | | | 月平均（　　　）回・週平均（　　　）回 |
| 傷病・障がい等の程度 | | |  |
| 介護 | 介護を  する人 | 氏　名 | |  |
| 生年月日 | | 昭和 ・ 平成　　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 介護を  受ける人 | 氏　名 | |  |
| 生年月日 | | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 児童との続柄 | | | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟等（　　　） ・ その他（　　　） |
| 介護認定の有無 | | | 有 （介護度　　　） ・無 （「有」の場合は、介護保険証のコピーを添付） |
| 介護の期間及び場所 | | | 年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日  申請者の自宅 ・ 病院等 ・ 介護を受ける人の自宅  その他の場所（　　　　　　　） |
| 介護状況 | | |  |
| 出　　　産 | 出産者 | | 氏　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 出産予定日 | | | 令和　　　年　　月　　日 |
| 育児休業取得予定 | | | 有 （令和　　年　　月　　日） ・ 無 |

**※診断書・障害者手帳・介護保険証・母子手帳等(写し)の申立内容を証明する資料を添付してください。**