

(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
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。