

申立書

令和 年 月 日

阿見町長 殿

住 所 阿見町
氏 名

印

児童との続柄 ()

下記の理由により、児童の保育が困難であることを申立てます。

記

疾病または障害	※ 診断書または身障者手帳、介護保険被保険者証等の写しを併せて提出願います		
	疾病者等氏名		
	生年月日		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	児童との続柄		父・母・祖父・祖母・他 ()
	疾病・障害名等		
	身障者手帳等の有無		無・有(手帳のコピーを添付願います)
	要介護(支援)認定の有無		無・有(被保険者証のコピーを添付願います)
	診療機関名		(入院・通院)
	診療見込み期間		平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで
	通院回数		1週間に 回 または 1ヶ月に 回
	疾病・障害の程度		入院・常時寝ている状態・安静が必要な状態・通院加療が必要な状態 具体的な状況
	介護	※ 診断書または身障者手帳、介護保険被保険者証等の写しを併せて提出願います	
介護する人		氏名	
		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
		児童との続柄	父・母・祖父・祖母・他 ()
介護される人		氏名	
		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
		児童との続柄	父・母・祖父・祖母・他 ()
介護の期間		平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	
介護の場所		介護する人の自宅・介護される人の自宅・病院・他 ()	
介護の状況		頻度	月・週 日, 一日当たりの時間: 時間
		介護の内容	家事援助・身体介護・医療機関等への送迎・入院時の援助 その他:具体的な内容 ()
※ 診断書等に代えて民生委員の証明を提出		上記のとおり相違ないと認めます。 民生委員 氏名 印	
出産	※ 母子手帳(分娩予定日のページ)の写しを併せて提出願います		
	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		無・有(令和 年 月 日まで) 【注意】育児休業は1年以内です。 それより長く希望される場合は上のお子さんは退所(園)になります。	

※ 申立書の内容が事実と異なる場合には、入所(園)を取消することがあります。

(利用施設名)

○×保育所・園

(児童氏名)

阿見 すみれ

記入例

申立書

令和 ● 年 ▲ 月 ■ 日

阿見町長 殿

住所 阿見町阿見7777
氏名

阿見 花子 印

児童との続柄 (母)

※該当する部分のみご記入ください。

児童の保育が困難であることを申立てます。

記

疾病または障害	※ 診断書または身障者手帳、介護保険被保険者証等の写しを併せて提出願います		
	疾病者等氏名	阿見 太郎	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 ●年 ▲月 ■日 (◆歳)	
	児童との続柄	(父)・母・祖父・祖母・他 ()	
	疾病・障害名等	〇〇病	
	身障者手帳等の有無	(無)・有(手帳のコピーを添付願います)	
	要介護(支援)認定の有無	(無)・有(被保険者証のコピーを添付願います)	
	診療機関名	青宿病院 (入院・通院)	
	診療見込み期間	平成・令和 ●年 ▲月 ■日 から 平成・令和 年 月 日 まで	
	通院回数	1週間に 3 回 または 1ヶ月に 回	
疾病・障害の程度	入院・常時寝ている状態・安静が必要な状態・通院加療が必要な状態 具体的な状況 めまいが酷く、時に立っているのが困難である。		
介護	※ 診断書または身障者手帳、介護保険被保険者証等の写しを併せて提出願います		
	介護する人	氏名	阿見 花子
		生年月日	明治・大正・昭和・平成 ●年 ▲月 ■日 (◆歳)
		児童との続柄	父・母・祖父・祖母・他 ()
	介護される人	氏名	阿見 菊子
		生年月日	明治・大正・昭和・平成 ●年 ▲月 ■日 (◆歳)
		児童との続柄	父・母・祖父・祖母・他 (曾祖母)
	介護の期間	平成・令和 ●年 ▲月 ■日 から 平成・令和 年 月 日 まで	
介護の場所	(介護する人の自宅) 介護される人の自宅・病院・他 ()		
介護の状況	頻度	月・週 7 日、一日当たりの時間: 14	
	介護の内容	家事援助・身体介護・医療機関等への送迎・その他: 具体的な内容 ()	
	※ 診断書等に代えて民生委員の証明を提出 上記のとおり相違ないと認めます。 民生委員 氏名 若栗 舞子 印		
出産	※ 母子手帳(分娩予定日のページ)の写しを併せて提出願います		
	出産者氏名	阿見 花子	
	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	無・有(令和 ●年 ▲月 ■日 まで) 【注意】育児休業は1年以内です。 それより長く希望される場合は上のお子さんは退所(園)になります。	

※終了時期が分かる場合はご記入ください。

※終了時期が分かる場合はご記入ください。

診断書が取得できない場合は

※ 申立書の内容が事実と異なる場合には、入所(園)を取消することがあります。

お問合せ先 阿見町役場こども未来課 Tel029-888-1111 (内線708・117)