

疾病・出産等申立書

桜川市長 様

施設名
児童名 (H , . 生)
申立者氏名 (印)
申立者住所
児童との続柄
☎

平成 年 月 日

下記のとおり、保育の必要性について申し立てます。

〈出産の場合〉※☑をつけてください。

私は、出産理由で施設を申し込むため、出産後8週間の入園期間が終了次第、施設を退園します。

1、 申立者の妊娠・出産

当該申立者名	児童との続柄	出産(予定)日	備考
		平成 年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子手帳のコピー(分娩予定日が記入されたページ)		

2、 申立者の疾病・障がい

当該申立者名	児童との続柄	入院・通院の期間	
		入院 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	
		通院 (週に 回) (月に 回)	病院名・施設名
		(1回の診療時間 平均 時間)	
病名・障がい名			
障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 (身体・療育・精神 手帳 級) ・ <input type="checkbox"/> 無		
保育必要量区分 (希望する時間を☑してください)	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間)		
添付書類	<input type="checkbox"/> 障害者手帳のコピー <input type="checkbox"/> 診断書		

3、 その他(学校、職業訓練等)

当該申立者名	児童との続柄	保育が必要な期間	学習・訓練内容等
		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
添付書類	<input type="checkbox"/> 在籍証明 <input type="checkbox"/> 職業訓練受講証明書 <input type="checkbox"/> 時間割表		