

(利用施設名)

(児童氏名)

# 申立書

平成 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 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 年 月 日 から 平成 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 年 月 日 ( 歳)
		児童との続柄	父・母・祖父・祖母・他 ( )
	介護の期間	平成 年 月 日 から 平成 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	平成 年 月 日	
育児休業取得予定	無・有 (平成 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) を取消すことがあります。

お問合せ先 阿見町役場子ども家庭課 Tel029-888-1111 (内線708・117)