

(利用施設名)

○×保育所・園

(児童氏名) 阿見 すみれ

記入例

申立書

平成 30 年 10 月 2 日

阿見町長 殿

住所 阿見町阿見7777

氏名

阿見 花子 ⑩

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 57年 1月 5日 (35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 28年 6月 25日 から 平成 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 62年 1月 1日 (30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 6年 5月 5日 (85歳)
		児童との続柄 父・母・祖父・祖母・他 (曾祖母)
介護の期間	平成 19年 3月 17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 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 ()	
診断書が取得できない場合は	※ 診断書等に代えて民生委員の証明を提出 民生委員 氏名 若栗 舞子 ⑩	
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 62年 1月 1日 (30歳)
	出産予定日	平成 30年 11月 25日
育児休業取得予定	無・有 (平成 32年 1月 25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。

※ 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 Tel.029-888-1111 (内線708・116)