

申立書

宇土市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

住 所

申立者

印

児童との続柄

電話番号

私は、下記の事由のため保育所の利用が必要であることを申し立てます。また、状況に変更があった際は、すみやかにその旨を申し出ます。

なお、虚偽の内容が判明した場合は、保育の実施を解除されても異議はありません。

【疾病・障害等の場合】

病名・障害名	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 長期入院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養で常時臥床 <input type="checkbox"/> 常時安静を要する（常時臥床を除く） <input type="checkbox"/> 一般療養中（週 日程度通院） <input type="checkbox"/> その他（ ）
病 院 名	
期間（予定）	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有（ R 年 月まで）

【介護・看護の場合】

介護・看護される者	氏 名	
	生年月日	平成・昭和 年 月 日
	申立者との続柄	
	病名・障害名等	
介護・看護の状況について	<input type="checkbox"/> 自宅で介護をしている場合	1週間あたり 日
	<input type="checkbox"/> 日常動作 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 入院・通院等をしている場合	
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中（ 1週間あたり 日 ）	
	入院・通院先（ ）	
	所在地（ ）	
	退院・通院終了見込 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有（ H 年 月ごろ）	
	<input type="checkbox"/> 施設等に通所している場合	1週間あたり 日
	通所施設名（ ）	
所在地（ ）		
通所終了見込 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有（ H 年 月ごろ）		
<留意事項>		
・ 該当する証明書類を添付してください。（医師の診断書、障害者手帳、要介護認定証等）		
・ 介護・看護が保育を必要とする事由の方は、裏面のご記入もお願いします。		
・ 証明内容に虚偽、不正があった場合は入所を取り消す場合があります。		

【1週間のスケジュール】

※1週間の平均的なスケジュールをご記入ください。

時間 \ 曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
20:00							
21:00							
22:00							