

疾病・出産・介護・就学 申立書

施設名	
児童名	

大月市福祉事務所長 殿

年 月 日

申立者住所 _____

申立者氏名 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり保育の必要性について申立てます。

① 保護者等の疾病・障害

病名	氏名	入院・通院の期間（回数）
	児童との続柄（ ）	入院： 年 月 日～ 年 月 日 通院： 週・月に 回
必要添付資料	1 診断書 2 障害者手帳等の写し 3 その他（ ）	

② 保護者の妊娠・出産

当該保護者	入院等の期間	
児童との続柄（ ）	切迫早産等の場合	<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 要安静（ 年 月 日～ 年 月 日）
出産予定（出産）日	年 月 日	
必要添付資料	1 母子手帳の写し 2 診断書 3 その他（ ）	

③ 同居親族等の介護・看護

介護等されている人	介護等している保護者名	介護等に必要時間
児童との続柄（ ）	児童との続柄（ ）	年 月 日～ 年 月 日 時 分から 時 分まで
必要添付資料	1 診断書 2 障害者手帳等の写し 3 その他（ ）	

④ 保護者等の就学（学校、職業訓練等）

当該保護者氏名	学習・訓練内容等	保育が必要な期間
児童との続柄（ ）		年 月 日～ 年 月 日
必要添付資料	1 在学証明書 2 職業訓練受講証明書 3 その他（ ）	

保育期間	年 月 日～ 年 月 日
------	--------------