

申立書

世羅町長 様

次の理由により児童の保育ができないことを申立てます。

年 月 日

住 所 世羅町大字

申立者氏名

(自署又は記名押印)

電 話 () -

□病気・障害等

添付書類：「診断書」「各種障害者手帳」「介護保険被保険者証」写し等

疾病者名		生年月日	年 月 日
病名・障害名等		病院名	
治療内容	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (週 _____ 回 / 月 _____ 回程度) <input type="checkbox"/> 自宅療養		
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 未定)		
保育ができない理由			
障害等の状態 (該当の写しが必要となります)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (_____ 級)	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (_____ 級)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 介護認定 (要介護 _____ / 要支援 _____)		

□介護・看護等

添付書類：「診断書」「各種障害者手帳」「介護保険被保険者証」写し等

介護・看護者氏名		生年月日	年 月 日
介護・看護を受ける方の氏名		介護者との続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
別居の場合の住所			
病名・障害名		保育の困難さ	<input type="checkbox"/> 在宅では困難 <input type="checkbox"/> 支障なし
治療内容	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養	医師所見	<input type="checkbox"/> 常時自宅での介護看護が必要 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
介護・看護日数	介護・看護に当たっている日数		週当たり _____ 日 / 月当たり _____ 日
	通院・通所に当たっている日数		週当たり _____ 日 / 月当たり _____ 日
施設・介護サービス利用	月 日		
保育ができない理由			
介護・看護等の状態 (該当の写しが必要となります)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (_____ 級)	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (_____ 級)	<input type="checkbox"/> その他の介護・看護 病名 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 介護認定 (要介護 _____ / 要支援 _____)		

※保護者の方は裏面の保護者記載欄への記載をお願いします。

□就学

添付書類：「在学証明書」「学生証」の写し等

就学先		在学期間	年 月 日 ～ 年 月 日
就学日数	週 日	就学時間	時 分 ～ 時 分

□出産（認定こども園・保育所のみ利用可能）添付書類：「母子健康手帳」写し（表紙及び出産予定日の記入があるページ）

妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 産後8週間以内	出産（予定）日	年 月 日出産（予定）
-------	---	---------	-------------

※ 出産要件での認定こども園・保育所を利用できる承諾期間は、産前2か月／産後4か月です。

□求職活動（保育所の3歳児・4歳児・5歳児のみ利用可能）添付書類：「ハローワークカード」の写し等

求職活動の開始時期	年 月から	活動の時間	約 時間/日
活動内容	<input type="checkbox"/> ハローワークへ（週 _____ 回／月 _____ 回）	※活動内容を月又は、週でどの様に活動したか記載願います。	
	<input type="checkbox"/> 自宅で（週 _____ 回／月 _____ 回）		
※3ヶ月目の月末までに、就労を証明する書類を提出しない場合、退所となることを承諾します。 署名欄【 _____ 】			

□災害復旧添付書類：「罹災証明書」等

種別	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
----	--

□その他

その他	<input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれがある（公的機関の証明必要） <input type="checkbox"/> 下記に記載のとおり

【保護者記載欄】

対象者氏名		児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
利用希望児童	児童氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	認定こども園・保育所	<input type="checkbox"/> 世羅幼稚園 <input type="checkbox"/> 世羅めぐみ <input type="checkbox"/> 甲山めぐみ <input type="checkbox"/> いお <input type="checkbox"/> にしおおた <input type="checkbox"/> せらにし	
	放課後児童クラブ	<input type="checkbox"/> 第1・第2元気っ子 <input type="checkbox"/> 甲山のびっ子 <input type="checkbox"/> せらひがし <input type="checkbox"/> あゆみ	