

入所(希望)保育所名		児童氏名 (生年月日)	
------------	--	----------------	--

申 立 書

平成 年 月 日

下松市長 様

住所
氏名 ㊟
生年月日
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し立てます。

1 疾病または障害（診断書または障害者手帳等の写しを添付）

疾病・障害名等	
障害者手帳の有無	有・無 ※有の場合は、写しを添付
診療機関名	入院・通院
診療見込期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
通院回数	1週間 または 1ヶ月に 回
関係書類（写し）	診断書・障害者手帳・その他 ()

2 看護等（診断書または障害者手帳等の写しを添付）

看護等を受ける方の氏名	年 月 日生 (歳)
児童との続柄	父・母・祖父・祖母・兄弟・その他 ()
看護等が必要な期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
看護等が必要な時間	時 分から 時 分まで (1日 時間程度) (月に 日程度)
看護等の場所	看護等を受ける方の自宅・病院・その他 ()
関係書類（写し）	診断書・障害者手帳・その他 ()

3 出産（出産予定証明書または母子手帳出産予定日記載部分の写しを添付）

出産者氏名	年 月 日生 (歳)
出産予定日	平成 年 月 日
育児休業取得予定	有 (年間) ・ 無
関係書類（写し）	出産予定証明書・母子手帳・その他 ()

注1) 申立書の内容が事実と異なる場合は、入所を取消すことがあります。

注2) 診断書・障害手帳・母子手帳等を必ず添付してください。

入所(希望)保育所名		児童氏名 (生年月日)	
------------	--	----------------	--

診 断 書

住所

氏名

㊞

生年月日

病名 ()

① 上記の者は、療養のため、日常の児童の保育ができないと認める。

保育ができない期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

② 上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。

介護の必要な期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

住所

医療機関名

医師名

㊞

(医療機関の方へ)

※この診断書は、保育所入所申込に必要な書類ですので、正確に記入願います。

※この診断書の記載ができない場合は、上記内容を具備する診断書の作成をお願いします。

お問い合わせ先：下松市子育て支援課 Tel0833-45-1836