

※入所児童が複数人いる場合は、コピーをする等により人数分添付してください。

児童氏名		生年月日	令和	年	月	日	利用（申込中） 施設名	
児童氏名		生年月日	令和	年	月	日	利用（申込中） 施設名	
児童氏名		生年月日	令和	年	月	日	利用（申込中） 施設名	

申 立 書

令和 年 月 日

下松市長 様

住 所

氏 名

生年月日

児童との続柄（ ）

私は、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・障害（裏面の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	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
通 院 回 数	1週間に 回 ・ 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・介護（裏面の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	令和 年 月 日 ～ 令和 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 妊娠・出産（母子手帳出産予定日記載ページの写しまたは出産予定証明書を添付）

出 産 者 氏 名	年 月 日生（ 歳）
出 産 予 定 日	令和 年 月 日
育 児 休 業 取 得 予 定	有（ 年間） ・ 無
関 係 書 類 （ 写 し ）	母子手帳 ・ 出産予定証明書 ・ その他（ ）

注1）虚偽の申告があった場合は、入所取消し又は退所の処分を行うことがあります。

注2）関係書類（診断書・障害手帳・母子手帳等）を必ず添付してください。

お問い合わせ先：下松市こども未来課 Tel0833-45-1879