|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | Ｈ・Ｒ　 年　　月　　日 | 入所（希望）  施設名 |  |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | Ｈ・Ｒ　 年　　月　　日 | 入所（希望）  施設名 |  |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | Ｈ・Ｒ　 年　　月　　日 | 入所（希望）  施設名 |  |

**※入所児童が複数の場合は、原本１枚と、その他はコピーを入所人数分提出**

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）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。

お問合わせ先：下松市こども未来課　℡0833－45－1879