※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　℡0833-45-1879