

様式 2

入所(希望) 児童の家名	_____児童の家	児童氏名	( 年生)
		児童氏名	( 年生)
		児童氏名	( 年生)

※入所児童が複数の場合は、原本1部とその他は写しを入所人数分ご提出ください。

申 立 書 (児童の家用)

令和 年 月 日

下松市長 様

住所

氏名

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 疾病又は障害(診断書又は障害者手帳等の写しを添付)

疾病者等氏名	年 月 日生 ( 歳)
児童との続柄	父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹・その他 ( )
疾病・障害名等	
障害者手帳等の有無	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	年 月 日 ~ 年 月 日
通院回数	1週間又は1か月間に 回
疾病・障害等の程度 (具体的に記入)	

2 介護等(診断書又は障害者手帳等の写しを添付)

介護する方の氏名	年 月 日生 ( 歳)
児童との続柄	父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹・その他 ( )
介護を受ける方の氏名	年 月 日生 ( 歳)
児童との続柄	父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹・その他 ( )
介護の期間及び場所	年 月 日 ~ 年 月 日 介護を受ける方の自宅・病院・その他 ( )
介護状況 (具体的に記入)	

3 出産(出産予定証明書又は母子手帳の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	令和 年 月 日

注1) 申立書の内容が事実と異なる場合は、退所となります。

注2) 診断書、障害者手帳や母子手帳等の写し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 TEL0833-45-1836

様式 2

入所(希望) 児童の家名	_____児童の家	児童氏名	( 年生)
		児童氏名	( 年生)
		児童氏名	( 年生)

※入所児童が複数の場合は、原本1部とその他は写しを入所人数分ご提出ください。

## 診 断 書 (児童の家用)

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： 年 月 日～ 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： 年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり診断する。

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、児童の家の入所申込みに必要な書類ですので、この診断書又は同内容を具備する診断書で対応して下さるようお願いいたします。