

| | | | | | |
|--------------|--|--|-------|----|---|
| 園児名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 続柄 | <input type="checkbox"/> 子・ <input type="checkbox"/> その他() |
| 施設・事業所等の利用状況 | | <input type="checkbox"/> 利用中() <input type="checkbox"/> 申込() | | | |
| 園児名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 続柄 | <input type="checkbox"/> 子・ <input type="checkbox"/> その他() |
| 施設・事業所等の利用状況 | | <input type="checkbox"/> 利用中() <input type="checkbox"/> 申込() | | | |
| 園児名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 続柄 | <input type="checkbox"/> 子・ <input type="checkbox"/> その他() |
| 施設・事業所等の利用状況 | | <input type="checkbox"/> 利用中() <input type="checkbox"/> 申込() | | | |

保育を必要とする申立書

[妊娠・出産・疾病・障害・介護(看護)・就学・災害復旧等]

朝来市長様

下記内容に相違ないことを申し立てます。

令和 年 月 日

(申立者)
保護者氏名

①妊娠・出産の方

| | | | |
|--------|--|-------------------------------------|-------|
| 妊婦の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 (第 子) | <input type="checkbox"/> 母子手帳の写し添付※ | |
| 出産後の予定 | <input type="checkbox"/> 育児休業取得(予定取得期間:令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 在宅で子育て | | |

②疾病・障害等の方(疾病・障害等の保護者(祖父母)についてご記入ください。)

| | | | |
|----------|--|------|-------------------------------------|
| 疾病(障害)者名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 | | | 児童との続柄 |
| 疾病・障害名 | | | |
| 手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 有(手帳 級) ・ <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 各種手帳の写し添付※ |
| 状 況 | <input type="checkbox"/> 入院中(病院・施設名) <input type="checkbox"/> 通院治療中(週・月 日) <input type="checkbox"/> 自宅療養中 | | |

③介護・看護の方(疾病・障害等の保護者(祖父母)についてご記入ください。)

| | | | |
|----------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| 介護(看護)を行う方の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 介護(看護)を受ける方の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 介護(看護)を受ける方の住所 | | | 児童との続柄 |
| 疾病・障害名 | | | |
| 手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 有(手帳 級) ・ <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 各種手帳の写し添付※ |
| 介護(看護)の状況 | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院治療中(週・月 日) <input type="checkbox"/> 自宅療養中(<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居) | | |
| | 日数・時間 | 週 回(月火水木金土日) / 1日 時間(時 分~ 時 日) | |
| | 介護内容 | | |

④就学の方

| | | | |
|--------|-------------------------------------|------|-----------------------------------|
| 就学者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 就学先学校名 | | | <input type="checkbox"/> 在学証明の添付※ |
| 就学期間 | 平成/令和 年 月 日 ~ 平成/令和 年 月 日(卒業・卒業見込み) | | |

⑤災害復旧の方

| | | |
|-------|-------|-----------------------------------|
| 罹災日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 罹災証明の添付※ |
| 罹災の内容 | | |

※母子手帳(写)、診断書(原本)、障害者手帳(写)、介護保険被保険者証等(写)、在学証明(原本)、罹災証明(写)の提出が必要です。