

記入上の注意事項

- この書類は、**保育所等の入所(継続)手続き**に必要な書類です。太枠内に漏れのないよう記入願います。
- 訂正の際は、二重線で消し訂正印を押印してください。※修正液は不可
- 診断書または障害者手帳の写し等、事実を証明する書類を添付してください。
- 記入にあたってのお問い合わせは、
城里町福祉こども課（保育担当）へお願いします。TEL029-353-7265

保護者 記入欄	児童氏名：
	児童氏名：
	児童氏名：
利用施設名(申請中は第1希望施設を記入)	
<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申請中	児童との続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母

疾病・介護申立書 (疾病・障害 介護・看護)

疾病 ・ 障害	傷病名・障害名	
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> あり 種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 障害年金/等級 () <input type="checkbox"/> なし
	病院・施設名	
	状況・期間	<input type="checkbox"/> 入院： 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 通院： 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 自宅療養： 年 月 日から
	通院の日数	週 日 ・ 月 日
	生活の制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他())
	詳しい状況等	
介護 ・ 看護	介護(看護)を受ける方	氏名： (歳) / 児童との続柄 () 住所： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	傷病名・障害名	
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> あり 種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 障害年金/等級 () <input type="checkbox"/> なし
	病院・施設名	
	介護保険の利用	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援： 級) <input type="checkbox"/> なし
	介護(看護)の内容	<input type="checkbox"/> 自宅介護 (<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 他) <input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添 <input type="checkbox"/> その他()
	介護(看護)に要する時間等	時 分から 時 分 1日平均： 時間 分 時 分から 時 分 週 日 / 月 日
詳しい状況等		
<p>城里町長 様</p> <p>上記の理由により、保育利用申込み児童の保育が困難であることを申し立てます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所：城里町</p> <p>氏名： 印 (電話番号：)</p>		

※虚偽の申立は無効です。記載事項が事実と相違する場合は、入所決定が取消しとなる場合があります。