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、
城里町健康福祉課（保育担当）へお願いします。℡029-353-7265

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)	
□利用中□申請中	児童との続柄□父□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	□あり　種類□身体 □療育 □精神 □障害年金／等級（　　） □なし	
	病院・施設名		
	状況・期間	□入院：　　年　月　日から　年　月　日まで □通院：　　年　月　日から　年　月　日まで □自宅療養：　　年　月　日から	
	通院の日数	週　　日　・　月　　日	
	生活の制限	□なし　□あり（□仕事 □家事 □育児 □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：　　□同居 □別居	
	傷病名・障害名		
	障害者手帳等の有無	□あり　種類□身体 □療育 □精神 □障害年金／等級（　　） □なし	
	病院・施設名		
	介護保険の利用	□あり（□要介護 □要支援：　　級）　□なし	
	介護(看護)の内容	□自宅介護（□歩行 □排泄 □食事 □入浴 □衣服着脱 □他） □入院付添 □通院付添 □施設通所付添 □その他(　　)	
	介護(看護)に要する時間等	時　分から　時　分 時　分から　時　分	１日平均：　時間　分 週　日／月　日
	詳しい状況等		

城里町長　様

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。

年　月　日

住所：城里町

氏名：　　（電話番号：　　）

※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**ことがあります。