

申立書

令和 年 月 日

(宛先) 鯉ヶ沢町長

申立者 住所 鯉ヶ沢町大字
氏名 _____ 印
連絡先電話番号 _____

私の保育の必要性について、次のとおり申し立てします。

①妊娠・出産の場合（母子手帳の写し等を添付してください。）

| | |
|----------|------------------|
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 |
| 出産後の就労予定 | 無・有 令和 年 月 日 見込み |

②病気・負傷の場合（診断書の写し等、病気、負傷の状況のわかる書類を添付してください。）

| | | |
|----------|------------------------|------------|
| 病名・負傷名 | | 入院・通院・自宅療養 |
| 病院名と所在地 | | |
| 入院・通院の期間 | 年 月 日 から | 年 月 日まで |
| 通院日数等 | 月平均（ ）日・週平均（ ）日・その他（ ） | |

③心身障害の場合（障害者手帳の写し等、事情や状況のわかる書類を添付してください。）

| | |
|-------|---------------|
| 手帳の有無 | 無・有 |
| 有りの場合 | 障害名（ ）（ ）級 判定 |

④家族の介護・看護の場合

（診断書・手帳の写し等を添付してください。別居している方を介護・看護している場合は、その他に理由をお書きください。）

| | | | |
|-------------------|-------------------|---------|---------------------|
| 介護・看護を必要とする方の氏名住所 | | 児童との続柄 | 父・母・祖母・祖父 その他（ ） |
| 病名又は病状等 | | | 入院・通院・自宅療養 |
| 手帳の有無 | 無・有 | 障害名（ ） | （ ）級 判定 |
| 要介護認定の有無 | 無・有 | 要介護度（ ） | |
| 入院・通院先の病院名と所在地 | | | |
| 介護・看護に要する日数・時間 | 月平均（ ）日・1日平均（ ）時間 | | |

⑤就学の場合（在学証明書等の写しを添付してください。）

| | | | |
|------|------------------|----------|-------------|
| 学校名 | | 所在地 | |
| 電話番号 | | 通学時間 | 片道（ ）時間（ ）分 |
| 通学日等 | 週（ ）日間・1日平均（ ）時間 | | |
| 卒業見込 | 令和 年 月 日見込み | 卒業後の就労予定 | 有・無 |

その他の理由場合（詳細を記入のうえ、事情や状況のわかる書類の写しを添付してください。）

[]

保育の必要性について、該当する事由に必要な事項を記入してください。
また、それぞれ事情や状況の分かる書類を添付してください

記入例

申立書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 鯉ヶ沢町長

申立者

住所 鯉ヶ沢町大字本町〇〇-〇〇

氏名 鯉ヶ沢 梅子

印

連絡先電話番号 0173-72-0000

私の保育の必要性について、次のとおり申し立てします。

①妊娠・出産の場合 (母子手帳の写し等を添付してください。)

| | |
|----------|--|
| 出産予定日 | 令和3年8月31日 |
| 出産後の就労予定 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 令和4年4月1日 見込み |

②病気・負傷の場合 (診断書の写し等、病気、負傷の状況のわかる書類を添付してください。)

| | | |
|----------|-----------------------------|---|
| 病名・負傷名 | 〇〇〇〇 | <input checked="" type="radio"/> 入院・通院・自宅療養 |
| 病院名と所在地 | 〇〇病院 〇〇市字△△〇〇-〇〇 | |
| 入院・通院の期間 | 令和3年3月1日 から 令和2年4月20日まで | |
| 通院日数等 | 月平均 () 日・週平均 () 日・その他 () | |

③心身障害の場合 (障害者手帳の写し等、事情や状況のわかる書類を添付してください。)

| | | |
|-------|-------------------------------------|--|
| 手帳の有無 | 無・ <input checked="" type="radio"/> | |
| 有りの場合 | 障害名 (〇〇〇〇〇) (△ 級 □ 判定) | |

④家族の介護・看護の場合

(診断書・手帳の写し等を添付してください。別居している方を介護・看護している場合は、その他に理由をお書きください。)

| | | | |
|-------------------|--|--------|---|
| 介護・看護を必要とする方の氏名住所 | 〇〇 〇〇 鯉ヶ沢町大字本町〇〇-〇〇 | 児童との続柄 | 父・母・祖母 <input checked="" type="radio"/> 祖父 その他 () |
| 病名又は病状等 | 〇〇〇〇〇 | | 入院・通院・ <input checked="" type="radio"/> 自宅療養 |
| 手帳の有無 | <input checked="" type="radio"/> 無・有 障害名 () () 級 判定) | | |
| 要介護認定の有無 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 要介護度 (〇〇) | | |
| 入院・通院先の病院名と所在地 | | | |
| 介護・看護に要する日数・時間 | 月平均 (25) 日・1日平均 (8) 時間 | | |

⑤就学の場合 (在学証明書等の写しを添付してください。)

| | | | |
|------|--------------------------|----------|--------------------------------------|
| 学校名 | 〇〇〇〇学校 | 所在地 | 〇〇市字△△〇〇-〇〇 |
| 電話番号 | 0173-〇〇-〇〇〇〇 | 通学時間 | 片道 (1) 時間 (〇〇) 分 |
| 通学日等 | 週 (5) 日間・1日平均 (8) 時間 | | |
| 卒業見込 | 令和3年3月31日見込み | 卒業後の就労予定 | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |

その他の理由場合 (詳細を記入のうえ、事情や状況のわかる書類の写しを添付してください。)

上記①～⑤以外の事由で、保育の必要性がある場合、記入してください。
また、その事情や状況の分かる書類を添付してください。