

申 立 書

以下の事項について申し立てます。

令和 年 月 日 住所：

氏名： 児童との続柄（ ）

在園又は 第一希望園		児童 氏名		生年 月日	年 月 日
在園又は 第一希望園		児童 氏名		生年 月日	年 月 日
在園又は 第一希望園		児童 氏名		生年 月日	年 月 日

出産	出産予定日	年 月 日	出産後の 就労予定	無 ・ 有 （ 年 月 日から）	
	産休・育休 取得予定の方	年 月 日 から 年 月 日まで			

※出産予定日のわかるもの（母子手帳の写し又は、妊娠健康診査補助券の写しのうち、母の氏名及び出産予定日の記載のあるページ等）を提出してください。

病気・ けが・ 障がい	傷病名		入院先 通院先	病院名 所在地	
	加療状況	ア.入院 イ.通院 ウ.自宅療養 通院平均【（ ）日／月・（ ）日／週】			療養 期間 年 月 日 から 達） 日まで（見
	障害者手帳有無	☐ 無 ☐ 有 → ☐ 身体（ ）級 ☐ 療育（ A ・ B ） ☐ 精神			
	生活制限	☐ 無 ☐ 有 → ☐ 仕事 ☐ 家事 ☐ 育児 ☐ その他 制限内容を具体的に（ ）			

※病気・けがの場合は、医師の診断書（裏面に記載でも可）を提出してください。

介護・看護	介護・看護が必要な方	氏名			児童との続柄		
		住所	同居 別居（住所：				

※介護・看護の場合は、医師の診断書（裏面に記載でも可）を提出してください。
※就学児を介護・看護の対象者とはできません。

就学	学校名		所在地	
	通学日	週（ ）日〔 月・火・水・木・金・土・日 〕		
	受講時間	平均 時 分 ～ 時 分まで	卒業予定	年 月 日

※在学証明書又は学生証の写し及びカリキュラム等、在籍期間と受講時間がわかるものを一緒に提出してください。

（医療機関診断書欄は裏面→）

医療機関診断書欄

患者氏名			生年月日	年	月	日
病名			症状			
受診状況	☐ 通院（月・週 日程度） ☐ 入院（期間など： ）					
療養見込期間	年	月	日	から	まで	保育できない期間 年 月 日 から まで
保育への影響	上記疾病等により、自宅での保育は困難と認めます。					
上記のとおり診断します。 医療機関名： _____						
年 月 日 所在地： _____						
出産後の 就労予定 無 ・ 有 （ 印 _____						