

|       |         |      |  |
|-------|---------|------|--|
| 利用施設名 | 須木中央保育園 | 児童氏名 |  |
|-------|---------|------|--|

## 利用要件申立書

小林市長 様

次のとおり、預かり事業の利用(継続)が必要な要件について申し立てます。

### 1 保護者の疾病・障がい

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| 氏名   | 児童との続柄   | 疾病・障がい名     |
|  |  |             |
| 疾病・障がいの状況                                  | <input type="checkbox"/> 入院 ( 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 通院 ( 月・週 回 ) <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |             |
| 必要書類<br><small>(1~3のうち、いずれか該当するもの)</small> | 1 医師の証明書(診断書)<br>3 その他 ( )   | 2 障がい者手帳の写し |

### 2 同居等親族の介護・看護

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| 被介護・被看護者氏名                                 | 児童との続柄   | 疾病・障がい名                  |
|  |  |                          |
| 看護・介護にあつたっている日数                            | 1日あたり 時間   | 1週間あたり 日                 |
| 受診等の状況                                     | <input type="checkbox"/> 入院(令和 年 月 ~令和 年 月) <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回)<br><input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通学(週 回) ⇒施設名( ) |                          |
| 必要書類<br><small>(1~4のうち、いずれか該当するもの)</small> | 1 医師の証明書(診断書)<br>3 介護保険証の写し  | 2 障がい者手帳の写し<br>4 その他 ( ) |

### 3 就学

|      |                 |          |      |
|------|-----------------|----------|------|
| 氏名   | 児童との続柄          | 学校名      |      |
|      |                 |          |      |
| 授業時間 | 時間 分            | 通学時間(片道) | 時間 分 |
| 必要書類 | 1 在学証明書または決定通知書 |          |      |

### 4 出産等

|         |                              |           |
|---------|------------------------------|-----------|
| 出産日     | 令和 年 月 日                     | 出産 ・ 出産予定 |
| 復職予定年月日 | 令和 年 月 日                     | 復職予定      |
| 必要書類    | 1 母子手帳の写し(表紙と出産予定日が記載されたページ) |           |

上記のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

氏名  
(保護者)

\_\_\_\_\_

# 記入例

|       |         |      |       |
|-------|---------|------|-------|
| 利用施設名 | 須木中央保育園 | 児童氏名 | 〇〇 〇〇 |
|-------|---------|------|-------|

## 利用要件申立書

小林市長 様

次のとおり、預かり事業のの利用(継続)が必要な要件について申し立てます。

### 1 保護者の疾病・障がい

|                             |  |              |
|-----------------------------|--|--------------|
| 氏名                          | 児童との続柄   | 疾病・障がい名      |
| 〇〇 〇〇                       | 父  | 〇〇〇〇病/〇〇〇〇障害 |
| 疾病・障がいの状況                   | <input checked="" type="checkbox"/> 入院 (令和〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)<br><input type="checkbox"/> 通院 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |              |
| 必要書類<br>(1~3のうち、いずれか該当するもの) | ① 医師の証明書(診断書) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護されている方もしくは看護されている方の名前を記入してください。<br/>(例) 母が祖父を介護している場合、祖父の名前を記入。</span><br>3 その他 ( )   |              |

### 2 同居等親族の介護・看護

|                             |  |          |
|-----------------------------|--|----------|
| 被介護・被看護者氏名                  | 児童との続柄   | 疾病・障がい名  |
|                             |  |          |
| 介護・看護にあつたっている日数             | 1日あたり 時間   | 1週間あたり 日 |
| 受診等の状況                      | <input type="checkbox"/> 入院(令和 年 月 ~令和 年 月) <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回)<br><input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通学(週 回) ⇒施設名( ) |          |
| 必要書類<br>(1~4のうち、いずれか該当するもの) | 1 医師の証明書(診断書) 2 障がい者手帳の写し<br>3 介護保険証の写し 4 その他 ( )  |          |

### 3 就学

|      |                 |          |      |
|------|-----------------|----------|------|
| 氏名   | 児童との続柄          | 学校名      |      |
|      |                 |          |      |
| 授業時間 | 時間 分            | 通学時間(片道) | 時間 分 |
| 必要書類 | 1 在学証明書または決定通知書 |          |      |

### 4 出産等

|         |                              |           |
|---------|------------------------------|-----------|
| 出産日     | 令和 年 月 日                     | 出産 ・ 出産予定 |
| 復職予定年月日 | 令和 年 月 日                     | 復職予定      |
| 必要書類    | 1 母子手帳の写し(表紙と出産予定日が記載されたページ) |           |

上記のとおり、相違ありません。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名  
(保護者)

〇〇 〇〇

押印  
不要