

申立書（就労・求職以外の方用）

令和 年 月 日

島田市福祉事務所長 宛

住 所 _____

保護者等氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

以下のとおり申告します。なお、不実を記載した場合には、保育の実施解除の決定を受けても異議ありません。

<input type="checkbox"/>	出産	出産予定日	令和 年 月 日		
		※母子手帳の表紙及び出産予定日が記載されたページの写しを添付してください。 ※産前産後（出産予定日の6週間前の属する月の1日から産後8週間後の日の翌日の属する月まで）の期間限定の利用となります。			
<input type="checkbox"/>	疾病・障害	<input type="checkbox"/> 病気・けがの方	※診断書の写しを添付してください		
		<input type="checkbox"/> 障害のある方	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級)	※手帳の氏名及び認定期間がわかるページの写しを添付してください。	
			<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B)		
			<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)		
<input type="checkbox"/>	介護・看護	被介護・看護者 (介護・看護を受ける方)	①	氏名	児童との続柄 本人・父・母・祖父・祖母 曾祖父・曾祖母・()
				住所又は入院先 同居・()	
				介護・看護の状況	
		②	氏名	児童との続柄 本人・父・母・祖父・祖母 曾祖父・曾祖母・()	
			住所又は入院先 同居・()		
			介護・看護の状況		
※被介護・看護者の診断書、各種手帳、ケアプラン等の写しを添付してください。					
<input type="checkbox"/>	就学	学校名	所在地		
		※学生証または在学証明書の写しを添付してください。			
<input type="checkbox"/>	災害復旧	災害復旧の状況			
		※罹災証明書の写しを添付してください。			

※「疾病・障害」は保護者等の本人が病気、けが及び障害等の場合に選択し、「介護・看護」は保護者等が同居の親族を常時介護又は看護する場合に選択してください。

児 童 名	児 童 の 生 年 月 日	在 園 名 又 は 第 一 希 望 園 名
	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中