

申立書（就労・求職以外の方用）

11-1

令和 年 月 日

島田市福祉事務所長 宛

住 所

保護者等氏名

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。

③	出産	分娩予定日	令和 年 月 日			
☐		※母子手帳の表紙及び分娩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（分娩予定日の6週間前の日の属する月の1日から産後8週間後の日の翌日の属する月の末日まで）の期間限定の利用となります。				
④	疾病・障害	☐ 病気・けがの方	※診断書に「日常生活に影響があり保育ができない状況であること」がわかるよう記載し、写しを添付してください。			
☐		☐ 障害のある方	☐ 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。		
			☐ 療育手帳 (A・B)			
			☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級)			
⑤	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	※裏面に記載		
			(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	※裏面に記載	
		※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。				
⑥	就学	学校名		所在地		
☐		※学生証または在学証明書の写し及び時間割(カリキュラム表)を添付してください。				
⑦	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。

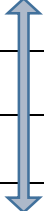
児 童 名	児 童 の 生 年 月 日	在 園 名 または 第 一 希 望 園 名
	R 年 月 日	☐ 利用中 ☐ 申込中
	R 年 月 日	☐ 利用中 ☐ 申込中
	R 年 月 日	☐ 利用中 ☐ 申込中

⑤親族等の介護・看護を選択した場合、下記に状況説明を入力してください。

11-2

(1) 病院付き添いの場合

※一週間の通院又は入院付き添い状況（直近の1週間）

	日	月	火	水	木	金	土	記載例
6 時								
8 時								
10 時								
12 時								
14 時								
16 時								
18 時								
説明								8-15 時 通院付添
病院名								〇〇内科 医院

(2) 自宅介護の場合

項 目		被介護者の状況			
起居動作		☐ 自立	☐ 多少難あり	☐ 一部介助	☐ 全部介助
移動	屋内	☐ 自立	☐ 多少難あり	☐ 一部介助	☐ 全部介助
	屋外	☐ 自立	☐ 多少難あり	☐ 一部介助	☐ 全部介助
会話	話す	☐ 普通	☐ 多少難あり	☐ 中度失語症	☐ 重度失語症
	聞く	☐ 普通	☐ 多少難聴	☐ 中度の難聴	☐ 重度の難聴
見る		☐ 普通	☐ 多少難あり	☐ 視力弱い	☐ 全盲
食事		☐ 普通	☐ 多少難あり	☐ 一部介助	☐ 全部介助
排泄（ 回/日）		☐ 自立	☐ 失禁難あり	☐ 一部介助	☐ 全部介助
衣服の着脱		☐ 自立	☐ 多少難あり	☐ 一部介助	☐ 全部介助
身体保清		☐ 自立	☐ 銭湯で介助	☐ 部分浴等	☐ 全部介助
日常生活	炊事	☐ 自立	☐ 多少援助	☐ 一部援助	☐ 全面援助
	掃除・洗濯	☐ 自立	☐ 多少援助	☐ 一部援助	☐ 全面援助
	買い物	☐ 自立	☐ 多少援助	☐ 一部援助	☐ 全面援助
	その他家事	☐ 自立	☐ 多少援助	☐ 一部援助	☐ 全面援助
項目数合計					