

# 申 立 書

〔疾病・介護・看護〕

令和 年 月 日

施設名( ) 保育年齢( )歳児

|                                      |                               |                    |         |  |            |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------|---------|--|------------|
| ふりがな                                 |                               | ふりがな               |         | 申立者住所  |            |
| 児童氏名                                 |                               | 申立者氏名              |         |  |            |
| 疾<br>病<br>・<br>介<br>護<br>・<br>看<br>護 | 疾 病 者<br>氏 名                  |                    |         | 児 童 と の<br>続 柄                               |            |
|                                      | 病 名                           |                    |         | 発 病<br>年 月 日                                 | 年 月 日から    |
|                                      |                               |                    |         | 治 癒 の<br>見 込 み                               | 年 月 頃 ・ 未定 |
|                                      | 医 療 機 関 名                     |                    |         | 医 療 機 関<br>の 所 在 地                           |            |
|                                      | 入 院 期 間                       | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 通 院 回 数 | 月 回 / 時 分から<br>時 分まで<br>週 回 / 時 分から<br>時 分まで |            |
|                                      | 症 状 等                         |                    |         |  |            |
|                                      | 申 立 者 の<br>日 常 生 活<br>へ の 影 響 | 家事                 |         | 育児   |            |
|                                      | 介 護 ・ 看 護 人<br>氏 名<br>※2      |                    |         | 証 明 者<br>※3                                  | 住 所<br>氏 名 |

※1 医師の診断書等を添付してください。

※2 「介護・看護人氏名」は、申立者の疾病の場合、記載の必要はありません。

※3 「証明者」は、疾病者・介護人・看護人の同居親族等とし、日常生活への影響について把握が可能な方としてください。

※4 この証明書に疑義がある場合は、愛知県知多市役所幼児保育課までお問い合わせください。

電話 0562-36-2659(直通)