

記載例 (疾病・介護・看護)

申立書 (疾病・介護・看護)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

施設名(**みどり保育**) 保育年齢(**3**)歳児

ふりがな	ち た か な	ふりがな	ち た は な こ	児童氏名	知多夏菜	申立者氏名	知多花子	申立者住所	知多市緑町1番地(A-101)
疾 病 ・ 介 護 ・ 看 護	疾病者氏名	知多花子		児童との続柄	母				
	病名	リウマチ性関節炎		発病年月日	令和元年 9月 5日から				
				治療の見込み	令和 年 月頃 ・ 未定				
	医療機関名	〇〇病院		医療機関の所在地	知多市新知字永井〇-1				
	入院期間	令和〇〇年 4月 10日から 令和〇〇年 9月 30日まで		通院回数	月 回 / 時 分から 時 分まで 週 2回 / 9時 00分から 12時 00分 まで				
症状等	関節の痛み								
申立者の日常生活への影響	家事 時間をかけてなら 少しできる。			育児 立ったり座ったり速い動作が できないので、子どもの保育 ができない。					
介護・看護人氏名 ※2				証明者 ※3	住所 知多市緑町1番地(A-101) 氏名 知多太郎				

※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)

- ・消えるボールペンでの記載は不可です。
- ・ホワイトマーカー使用不可!
- ・医師の診断書等については、病名だけでなく、入院・治療の期間、児童の保育が不可能である場合はその内容を記載していただくよう依頼してください。