

# 申 立 書

年 月 日

鴻 巣 市 長 宛  
( 施設(事業者)長 宛 )

<b>申し立てる者</b> (保育ができない方)	住所 鴻 巣 市 氏名 _____ 電話 (            )                    —
施設(児童)名 (第1希望)	_____
児 童 名	_____
生 年 月 日	平成            年            月            日

※複数の児童を記入する際には、氏名と生年月日を並べて書いてください。

下記の理由により、申請児童の保育ができないことを申立てます。

## 記

疾病等の場合  ※診断書を添付してください	病 名 _____
	医療機関名 _____
	入 院                    年            月            日 から            通 院            日数            日 / 月
	詳しい状況: _____ _____
出産の場合 ※母子手帳の写し(表紙・予定日記載箇所)を添付してください	出産予定日                    年            月            日                    * 予定日の前後2ヶ月のみ
	手帳の種類    障害者手帳    _____ 級    療育手帳    _____ 級    精神保健福祉手帳    _____ 級
障がいのある場合  ※各種手帳の写しを添付してください	詳しい状況: _____ _____
	看護・介護を必要とする方の氏名                    児童との続柄
	病名・状態など                    手帳の種類                    _____
看護・介護をしている場合  ※診断書・各種手帳の写しを添付してください	詳しい状況: _____ _____
	学校名・職業訓練校名 <input type="checkbox"/> 公共職業訓練
	時間                    時            分から            時            分まで                    日数                    (平均)週            日 期間                    年            月から                    年            月まで
災害等の復旧にあつている場合	災害名                    _____                    発生年月日                    年            月            日
	発生場所                    _____
	詳しい状況: _____ _____
上記以外の理由  ※状況を証明する書類を添付してください	詳しい状況: _____ _____
	_____ _____

- ※注
- 1 この申立書は、施設(事業所)の利用に際し保育が必要であることを確認するためのものです。
  - 2 申立てた内容に虚偽が認められた場合には、入所承諾を取り消すことがあります。
  - 3 理由によって、診断書、手帳の写し等が必要となります。