

申込中 (第1希望園名) _____

在園中 (在園名) _____

児童名 (生年月日)	(平成・令和 年 月 日)
児童名 (生年月日)	(平成・令和 年 月 日)

申 立 書

磐田市福祉事務所長 宛て

令和 年 月 日

下記の状況により児童の家庭保育が困難であることを申し立てます。

(住所) 磐田市

(申立者) (続柄) 父・母・祖父・祖母

妊娠・出産の場合 (母子手帳の表紙と分娩予定日の記載のあるページの写しを提出してください。)

妊娠・出産を理由とする入園は出産予定日から前8週間、産後8週間を経過する日の翌日の月末までとなり、その後、退園していただきます。

出産予定日	令和 年 月 日	出産後の就労予定	有・無
医療機関名			
産休・育休取得予定の方	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	

病気・けがの場合 (診断書を提出してください。)

傷病名			
加療状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 自宅療養		
入院・通院・ 自宅療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (見込み)		
医療機関名			

障がいの場合 (障害者手帳等の氏名と認定期限がわかるページの写しを提出してください。)

障害者手帳をお持ちの方	<input type="checkbox"/> 1～2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4～6級	療育手帳をお持ちの方	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
-------------	---	------------	---

介護・看護の場合 (診断書、障害者手帳、介護保険証の写しを提出してください。)

介護・看護をしている時間帯	時 分 から	時 分 まで (日/週)
介護・ 看護が 必要な 方	氏名	(児童との続柄)
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()
	加療状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 自宅療養
	手帳等の内容	<input type="checkbox"/> 身体障害者 () 級 <input type="checkbox"/> 療育 () <input type="checkbox"/> 精神障害者 () 級
	介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 要介護 *要支援の方は対象になりません。

就学の場合 (在学証明書及び受講日時がわかるカリキュラム等の写しを提出してください。)

学校名			
所在地			
在学期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	
通学日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	*該当曜日に☑をしてください。	
受講時間	平均 時 分 から	時 分 まで	

災害復旧の場合 (りさい証明等の提出を求める場合があります。)

虐待・DVなどの場合 (関係機関の通知等を提出してください。)