

申 立 書

令和 年 月 日

(宛先) 滑 川 町 長

申し立てる者 (保育ができない方)	住所
	氏名
	電話
保育施設名	
児童名	
生年月日	年 月 日

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・予定日記記載箇所)を添付	出産予定日	令和 年 月 日 ※予定月を中心とした前後2ヶ月の計5ヶ月のみ		
	手帳の種類	身体障害者手帳	級	
療育手帳		級		
精神障害者保健福祉手帳		級		
その他（介護認定等）				
障害のある場合 ※各種手帳等の写しを添付	詳しい状況：			
看護・介護をしている場合 ※各種手帳・介護保険証の写し、介護状況申告書を添付してください	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	
	詳しい状況：			
災害等の復旧にある場合 ※罹災証明等を添付	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	詳しい状況：			

※注 1. この申立書は、保育施設の入所に際し、保育を必要とする理由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。