

児童氏名①		施設名		生年月日	
児童氏名②		施設名		生年月日	
児童氏名③		施設名		生年月日	

申立書

行田市長 様
行田市福祉事務所長 様

保育ができない理由や状況について、次のとおり申し立てます。

令和 年 月 日 申立者氏名

1 病気・けがの場合（診断書、病気・けがの状況がわかる書類を添付してください。）

病名・けが名		入院 ・ 通院 ・ 自宅療養 (いずれかを○で囲んでください)
入院・通院先の 病院名と所在地		
入院・通院の期間		
通院日数等	月平均 日 ・ 週平均 日	

2 介護・看護の場合
(診断書・手帳・介護保険証の写し等を添付してください。別居している方を介護・看護している場合は、その理由をお書きください)

介護・看護を必要とする方の氏名・住所	氏名 住所	児童との 続柄
病名又は病状等	入院 ・ 通院 ・ 自宅療養 (いずれかを○で囲んでください)	
障害者手帳の有無	無 ・ 有 障害名	
要介護認定の有無	無 ・ 有 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 要支援 1 ・ 2	
入院・通院先の病院・施設名と所在地	病院・施設名 所在地	
介護・看護に要する日数・時間	月平均 日（1日平均 時間）	
別居している方を看護・介護している（する予定）場合、理由をご記入ください。		
介護・看護の内容を具体的に記入ください。	※誰が・どのようなことを・どのくらい介護している等をご記入ください。	

一日の介護・看護の様子 介護者・看護者がどのような介護・看護を行うのか、その内容と時間帯を矢印で記入してください。	1 時	3 時	5 時	7 時
	9 時	1 1 時	1 3 時	1 5 時
	1 7 時	1 9 時	2 1 時	2 3 時
一週間の介護・看護の様子 介護者・看護者がどのような介護・看護を行うのか、その内容を記入してください。		午前	午後	
	月曜日			
	火曜日			
	水曜日			
	木曜日			
	金曜日			
	土曜日			
	日曜日			

3 その他記載欄

※記載内容に虚偽が認められた場合には、入所承諾の取消しをする場合があります。