

保育認定のための申立書 その2 (介護・看護、妊娠・出産、疾病・障害、その他事由)

保護者の方へ

親族の介護・看護、妊娠・出産、疾病・障害、またはその他の事由により、児童の家庭での保育が困難である場合、**入所児童の人数分**の提出をお願いいたします。(2人目以降はコピーで可)

申立ての内容・添付書類の内容によっては、**確認のための連絡をする場合**があります。

また、**虚偽が判明した場合、入園を取り消します。**

児童情報

保育施設名			
児童氏名	(平成・令和 年 月 日生)	(平成・令和 年 月 日生)	(平成・令和 年 月 日生)

介護・看護のため保育困難な場合

介護・看護を受けている方	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所： _____)	
	氏名	_____	
	症状	病名 (_____)	
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (_____ 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (_____ 級) <input type="checkbox"/> 要介護認定 (_____ 級) 要支援 (_____)
介護・看護状況	自宅介護	内容：食事・入浴・排泄・炊事洗濯・その他 (_____)	
		介護・看護にあたっている日数 1週間当たり (_____)日 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	
	入院・通所付き添い	入院・通所先 (_____) 通院・通所に付き添う日数 1週間当たり (_____)日 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	
添付書類 ※必ずいずれかを添付		<input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(表面、中面)の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

妊娠・出産、疾病・障害、その他事由のため保育困難な場合

保育困難な事由 (その他の場合、詳細をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
添付書類等 ※必ずいずれかを添付	<input type="checkbox"/> 【妊娠・出産の方】…母子手帳(表紙と分娩予定日記入欄)の写し <input type="checkbox"/> 【疾病の方】…病気の状況・保育が困難な期間が記入された診断書 <input type="checkbox"/> 【障害の方】…身体・精神・療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 【就学の方】…在学証明及び時間割と1週間の登校日数がわかる書類写し <input type="checkbox"/> 【その他の方】…原則不要ですが、事由により別途依頼する場合があります

(あて先) 新発田市長 上記のとおりであることを申し立てます。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(児童との続柄：父・母・祖父・祖母)

受 領 印	
市	園

保育認定のための申立書 その2【記載例】
(介護・看護、妊娠・出産、疾病・障害、その他事由)

保護者の方へ

親族の介護・看護、妊娠・出産、疾病・障害、またはその他の事由により、児童の家庭での保育が困難である場合、入所児童の人数分の提出をお願いいたします。(2人目以降はコピーで可)

申立ての内容・添付書類の内容によっては、確認のための連絡をする場合があります。

また、虚偽が判明した場合、入園を取り消します。

児童情報

保育施設名	〇〇保育園		
児童氏名	新発田 太郎 (平成・令和 6年 6月 1日生)	(平成・令和 年 月 日生)	(平成・令和 年 月 日生)

介護・看護のため保育困難な場合

介護・看護を受けている方	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(住所: 新発田市〇〇町〇番〇号)
	氏名	新発田 ヨリ
	症状	病名(〇〇〇〇)
	手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 要介護認定(級) 要支援() <input type="checkbox"/> なし
介護・看護状況	自宅介護	内容: (食事)・(入浴)・排泄・炊事洗濯・その他() 介護・看護にあたっている日数 1週間当たり(4)日 (午前)・午後 7時 00分 ~ (午後) 18時 00分
	入院・通所付き添い	入院・通所先(△△医院) 通院・通所に付き添う日数 1週間当たり(1)日 (午前)・午後 9時 00分 ~ (午前) 午後 10時 30分
添付書類 ※必ずいずれかを添付	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(表面、中面)の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他()	

妊娠・出産、疾病・障害、その他事由のため保育困難な場合

保育困難な事由 (その他の場合、詳細をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
添付書類等 ※必ずいずれかを添付	<input type="checkbox"/> 【妊娠・出産の方】…母子手帳(表紙と分娩予定日記入欄)の写し <input type="checkbox"/> 【疾病の方】…病気の状況・保育が困難な期間が記入された診断書 <input type="checkbox"/> 【障害の方】…身体・精神・療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 【就学の方】…在学証明及び時間割と1週間の登校日数がわかる書類写し <input type="checkbox"/> 【その他の方】…原則不要ですが、事由により別途依頼する場合があります

(あて先) 新発田市長 上記のとおりであることを申し立てます。

令和 7年 10月 1日

住 所 新発田市中央町3-3-3

氏 名 新発田 一郎

(児童との続柄: (父)・母・祖父・祖母)

受 領 印	
市	園