

**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"/> 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（_____）
		<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（_____）日 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分	
		入院・通所先（_____）	
	入院・通所付き添い	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	
<b>添付書類 ※必ずいずれかを添付</b>	<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 (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 [_____]
<b>添付書類等 ※必ずいずれかを添付</b>	<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	○○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	□同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居（住所： 新発田市○○町○番○号）
	氏名	新発田 ヨリ
	症状	病名（ ○○○○ ）
	手帳の有無	<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・ <input checked="" type="checkbox"/> 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～午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 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～ <input checked="" type="checkbox"/> 午前 午後 10時 30分
添付書類 ※必ずいすれかを添付	<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 ※必ずいすれかを添付	<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