

※保育施設等利用中のきょうだいの氏名・生年月日もご記入ください [保護者記入欄]

施設名	児童氏名	(年 月 日)
施設名	児童氏名	(年 月 日)
施設名	児童氏名	(年 月 日)

年 月 日

木津川市長 宛て

申立書 C (介護・看護)

次の理由により保育が必要であることを申し立てます。

保護者氏名 _____ (続柄 父 ・ 母)

[保護者記入欄] 現在の状況を記載し、必要な添付書類とあわせてご提出ください。

被 介 護 ・ 看 護 者	氏 名	(子どもとの続柄： _____)		
	生年月日 (年齢)	年	月	日 (歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 長期間入院 (病院名： _____) <input type="checkbox"/> 施設入所 (施設名： _____)		
	病名 障がい名	証明書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証と介護保険サービス利用計画 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 入院証明書 <input type="checkbox"/> 施設入所証明書 <input type="checkbox"/> その他	

1. 常時介護・看護を必要としている被介護・看護者の状態をご記入ください。

2. 家庭で保育ができない理由を詳しくご記入ください。

注) 常時介護又は看護をしている場合が保育の条件となります。

※申し立て内容が実際と異なる場合は、認定を取消し、保育施設等利用中の場合は、利用中止となります。

診 断 書

患 者	住 所		
	氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年	月 日 (歳)
	病 名		
通院・往診の場合	治療見込期間	年 月 日 ~	年 月 日
	通院頻度	週 () 回程度の通院・往診を要す	
入院の場合	入院見込期間	年 月 日 ~	年 月 日
医師所見			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">担当医氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () —</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			

※ 太枠内は医療機関でご記入くださいますようお願い申し上げます。