

年 月 日

木津川市長 宛て

申立書 B (疾病・障害)

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〕該当する事由欄に☑の上、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。

事由 ◆必要な添付書類等	<input type="checkbox"/> 疾病 (◆下記診断書又は任意様式の診断書を添付) <input type="checkbox"/> 障害 (◆障害者手帳等の写しを添付。診断書は不要です)
現在の状況及び 家庭で保育 できない理由	

※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							
上記のとおり診断します。							
年 月 日							
医療機関住所							
医療機関名							
担当医氏名							
電話番号 () -							
印							

※ 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。