

※記入例

病 気 等 申 立 書

【児童】 保育所(園) 児童氏名 平成 年 月 日生
 平成 年 月 日生
 平成 年 月 日生

2人以上入所児童がいる場合は、氏名・生年月日は連名で記入してください。

【申立者】 住 所 佐々町 免 番地
 氏 名 児童の（父・母・その他： ）

【申立内容】 疾病 のため、児童の保育ができない。

1. 患者氏名 児童の（父・母・祖父・祖母）
 現在上記の者は、〔入院加療・通院加療（月・週 日程度）・自宅療養〕中である。

2. 病名及び症状

病 名
 症 状

治療見込期間は必ず記入が必要になりますが、治療見込が未定の場合は、「未定」の記載で構いません。

治療見込期間 年 月 日から 年 月 日まで

3. 児童の保育について

- ① 日常の児童の保育が〔 可能 ・ 不可能 ・ その他（ ） 〕
 ② 症状等から「児童の保育ができない」こと 特記事項があれば
 ご記入ください。

原則「不可能」の場合に、保育を必要と見なします。

【身障手帳・療育手帳・要介護認定証をお持ちのとき】

身障手帳 種 級（番号 ）・療育手帳 記号 （ ）
 要介護 要支援 →利用しているサービス（ ）

平成 年 月 日（作成日）

医師からの証明が必要です。

医療機関名

住 所

医 師 名

印

太枠内は、主治医（医療機関）から証明をお願いします。

※上記内容を審査したうえで、「保育の必要性がない」と判断した場合は、入所(継続)を承諾いたしかねますので、ご了承ください。