

疾病・障害・介護・看護 申立書

(宛先) 紀の川市長

ふりがな		保育所名	(歳児)	生年月日	年 月 日
児童氏名					
ふりがな		保育所名	(歳児)	生年月日	年 月 日
児童氏名					
ふりがな		保育所名	(歳児)	生年月日	年 月 日
児童氏名					

疾病の場合	ふりがな		児童との続柄		
	疾病者氏名				
	病名				
	治療期間(予定)	未定 / 予定 年 月 日 ~ 年 月 日			
	治療内容	<input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院 (週 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養			
	添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書(任意様式) <input type="checkbox"/> その他()			

障害の場合	ふりがな		児童との続柄	
	障害者氏名			
	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		

介護・看護の場合	ふりがな		児童との続柄		
	介護・看護をする人				
	ふりがな		児童との続柄		
	介護・看護が必要な人	(同居 ・ 別居)			
	介護・看護時間	1日 平均 時間 / 1か月 平均 日			
	介護・看護期間(予定)	未定 / 予定 年 月 日 ~ 年 月 日			
	介護・看護内容	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 衛生 <input type="checkbox"/> その他()			
	添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書(任意様式) <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> その他()			

上記のとおり相違ないことを申し立てます。
 入所後の調査において申立書と異なる場合は、入所を取り消されても異議ありません。

年 月 日

住 所 _____
 保護者名 _____