

疾病・介護・看護等申立書

②

	児童氏名	生年月日(元号)	園名(在園の場合)
①	佐賀 栄太	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	◇◇保育園
②		年 月 日	
③		年 月 日	

疾病の場合	疾病者氏名 (生年月日)	年 月 日 生	児童との続柄	
	病名		受診病院名	
	治療期間(予定)	年 月 日 ~	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書(任意様式) <input type="checkbox"/> その他 ()		

介護・看護の場合	介護・看護をする人 (生年月日)	佐賀 三太郎 S × 年 × 月 × 日 生	児童との続柄	父
	介護・看護を受ける人 (生年月日)	佐賀 久子 S △ 年 △ 月 △ 日 生	児童との続柄	祖母
	同居・別居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所)		
	期間(予定)	R □ 年 □ 月 □ 日 ~	R ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日	
	介護・看護時間	ひと月 130 時間	介護・看護日数	ひと月 25 日
	添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書(任意様式) <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス計画(ケアプラン)の写し <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		

- 1 内容が事実と異なる場合は支給認定を取り消すことがあります。また記載に不備がある場合は、選考上不利になる場合があります。
- 2 必要に応じて、電話や訪問により実態を調査することがあります。
- 3 記載内容に変更が生じた場合は、必ず申し出てください。

以上について、了承した上で申立てます。

令和 □ 年 ○ 月 × 日

(保護者) 住所

佐賀市栄町1番1号

氏名(自署)

佐賀 三太郎

※以下、市記入欄

保育標準時間 ・ 保育短時間