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	令和　〇　年　〇　月　〇　日	◇◇保育園
②		令和　　年　　月　　日	
③		令和　　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）	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日		
	添付書類	□ 診断書（任意様式）　□ 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 昭和　×　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 昭和　△　年　△　月　△　日　生	児童との続柄	祖母
	同居・別居の別	☑ 同居　□ 別居（住所　　）		
	期間（予定）	令和　◆　年　◆　月　◆　日　～　令和　▲　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	☑ 診断書（任意様式）　☑ 介護サービス計画（ケアプラン）の写し □ 障害者手帳の写し　□ 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　〇　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