

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 施設名 |  | 児童名 |  |
|-----|--|-----|--|

年 月 日

## 申 立 書

むつ市福祉事務所長 様  
次のとおり申立てます。

申立人 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
TEL \_\_\_\_\_ ( )

|                                      |   |                                |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/><br>疾病<br>障害 | 疾病名   | 入院期間<br>年 月 日から<br>年 月 日頃まで    |
|                                      | 手帳の種類・等級  | 通院期間 年 月 日頃まで                  |
|                                      | 入院・通院先病院名   | 通院頻度 (月・週に 回)                  |
| <input type="checkbox"/><br>看護       | 看護が必要な方の名前  | 申立人からみた関係                      |
|                                      | 疾病名   | 入院期間<br>年 月 日から<br>年 月 日頃まで    |
|                                      | 入院・通院先病院名   | 通院期間 年 月 日頃まで<br>通院頻度 (月・週に 回) |
| <input type="checkbox"/><br>介護       | 介護が必要な方の名前  | 申立人からみた関係                      |
|                                      | 日常生活自立の状況<br><input type="checkbox"/> 生活自立(独力で外出できる)<br><input type="checkbox"/> 準寝たきり(要介助で外出できる)<br><input type="checkbox"/> 寝たきり(主に日中もベッドの上で生活)             | 介護する頻度<br>1日 時間<br>1月 日        |
| <input type="checkbox"/><br>出産       | 分娩予定日 年 月 日   |                                |
|                                      | 分娩(予定)医療機関名   | ※むつ市外の医療機関の場合、市町村名             |
|                                      | 仕事について<br><input type="checkbox"/> .....月.....日で退職する<br><input type="checkbox"/> 産休・育休を取得する 取得期間(予定) .....年.....月.....日まで<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                |

\* 疾病・看(介)護の場合は診断書または身体障害者手帳等、出産の場合は母子手帳の提出をお願いします。

\* 出産のため産休・育休を取得する方は、取得後に育休期間が記載された「就労証明書」を提出してください。

# 記入例

|     |       |     |                 |
|-----|-------|-----|-----------------|
| 施設名 | ○△保育園 | 児童名 | 陸奥 さくら<br>陸奥 ひば |
|-----|-------|-----|-----------------|

保育園継続の場合は、利用中施設名を記入  
新規申込みの場合は無記入

## 申立書

31年 4月 5日

保育園利用中の兄弟がいる場合は全員の名前を記入

〇〇市福祉事務所長 様  
次のとおり申立てます。

申立人 住所 〇〇市中央二丁目〇番〇号

該当項目にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

氏名 陸奥 春子 印  
TEL \*\* ( \*\* ) \*\*\*\*

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 疾病障害          | 疾病名   | 入院期間<br>年 月 日から<br>年 月 日頃まで    |
|  | 手帳の種類・等級  | 通院期間 年 月 日頃まで                  |
|  | 入院・通院先病院名   | 通院頻度 (月・週に 回)                  |
| <input type="checkbox"/> 看護            | 看護が必要な方の名前  | 申立人からみた関係                      |
|  | 疾病名   | 入院期間<br>年 月 日から<br>年 月 日頃まで    |
|  | 入院・通院先病院名   | 通院期間 年 月 日頃まで<br>通院頻度 (月・週に 回) |
| <input type="checkbox"/> 介護            | 介護が必要な方の名前  | 申立人からみた関係                      |
|  | 日常生活自立の状況<br><input type="checkbox"/> 生活自立(独力で外出できる)<br><input type="checkbox"/> 準寝たきり(要介助で外出できる)<br><input type="checkbox"/> 寝たきり(主に日中もベッドの上で生活)               | 介護する頻度<br>1日 時間<br>1月 日        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 出産 | 分娩予定日 31年 7月 7日   |                                |
|  | 分娩(予定)医療機関名<br>〇〇総合病院   | ※〇〇市外の医療機関の場合、市町村名             |
|  | 仕事について<br><input type="checkbox"/> .....月.....日で退職する<br><input checked="" type="checkbox"/> 産休・育休を取得する 取得期間(予定) 32年 7月 6日まで<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                |

\* 疾病・看(介)護の場合は診断書または身体障害者手帳等、出産の場合は母子手帳の提出をお願いします。

\* 出産のため産休・育休を取得する方は、取得後に育休期間が記載された「就労証明書」を提出してください。