

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

TEL ()

<input type="checkbox"/> 疾病 障害	疾病名	入院期間 年 月 日から 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 年 月 日から 年 月 日頃まで
	入院・通院先病院名	通院期間 年 月 日頃まで 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 <input type="checkbox"/> 生活自立(独力で外出できる) <input type="checkbox"/> 準寝たきり(要介助で外出できる) <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 1日 時間 1月 日
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>月.....日で退職する <input type="checkbox"/> 産休・育休を取得する 取得期間(予定)年.....月.....日まで <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 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

6年 12月 18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

TEL ** (**) ****

<input type="checkbox"/> 疾病障害	疾病名	入院期間 年 月 日から 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 年 月 日から 年 月 日頃まで
	入院・通院先病院名	通院期間 年 月 日頃まで 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 <input type="checkbox"/> 生活自立(独力で外出できる) <input type="checkbox"/> 準寝たきり(要介助で外出できる) <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 1日 時間 1月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 出産	分娩予定日 7年 5月 15日	
	分娩(予定)医療機関名 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 <input type="checkbox"/>月.....日で退職する <input checked="" type="checkbox"/> 産休・育休を取得する 取得期間(予定) 8年 5月 14日まで <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。