

病気・看護・介護申立書

児童氏名	(第1希望の)保育施設名

病 気 療 養 中 の 人	氏名・続柄	・ 子どもとの続柄()
	疾病名等	通院中の病院()
	病気療養の状況	1か月以上の入院 ・ 週4日以上通院 ・ 自宅療養 ・ その他
	期間(予定含む)	年 月 日 ～ 年 月 日
	※診断書の添付が必要です。	
看 護 ・ 介 護 さ れ る 人	氏名・続柄	・ 保護者との続柄()
	疾病名等	
	期 間	
	通院・往診年月	年 月 日から
	障害者手帳	無 ・ 有()級
	介護保険認定	無 ・ 有 要介護度()
	※介護される人の介護保険証または身体障害者手帳をお持ちの場合はコピーを添付してください。身体障害者手帳1～3級、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書、介護保険証(要介護2～5)がない場合は診断書の添付が必要です。	
看 護 ・ 介 護 者	氏名・続柄	・ 子どもとの続柄()
	看護・介護を始めたとき	年 月 日から
	看護・介護時間	1か月平均 時間 / 1日平均 時間
	看護・介護の内容	

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

筑前町長 様

令和 年 月 日

保護者住所 _____

保護者氏名 _____ (印)

※不正な事実が判明した場合は、入所を取り消します。

※内容等が変更になった場合は、証明書を再提出してください。