

④ 保育が必要な要件申立書 (疾病・障がい申立書用)

保護者記入欄 ※太枠内の必要事項をご記入ください。

施設名	児童氏名		
保育所(園) 認定こども園	1子)	2子)	3子)

都城市福祉事務所長 宛て

令和 年 月 日

住所

保護者名

TEL

疾病・障がいを申立てる保護者名 _____ 子どもの(父 ・ 母)

- 病名 _____
- 入院・通院の期間(回数)
 - ・ 入院(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
 - ・ 通院(週に 回) (月に 回)
- 身障手帳等の取得状況 ※お手持ちの手帳にチェックをしてください
 - 身体障害者手帳 ・障がいの程度 _____ 種 _____ 級
 - 精神障害者保健福祉手帳 ・障がいの程度 _____ 級
 - 療育手帳 ・障がいの程度 _____ 級
 - 介護保険証 ・要介護 _____ ・要支援 _____

※身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳等をお持ちの場合は手帳の写しを提出してください。
 ※通院先の診断書をお持ちの場合は、下記の申立による医療機関からの証明は不要です

【申立内容】 疾病・障がいのため、子どもの保育ができない。

医療機関(主治医)記入欄

1. 患者の氏名 _____

上記の者は、
 ・入院中・入院予定 である (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
 ・通院中・通院予定 である (週に 回) (月に 回)
 ・自宅加療中・自宅加療予定 である ※該当するいずれかに記入をお願いします。

2. 病名及び症状

病名	①	②
症状		

3. 子どもの保育について

- A 日常の子どもの保育が [可能 ・ 不可能 ・ 不明] と判断する。 ※いずれかに○をお願いします。
 B 症状等から「子どもの保育ができない」ことについて、特記事項があれば下記にご記入ください。

令和 年 月 日 (作成日)

医療機関名
住 所
医 師 名

※署名を行う場合は、押印は不要です。

(注意) ※日付の記入のないものは無効です。
 ※証明内容に不正な事実が判明した場合は、入所を取り消す場合があります。

※二重線内は医療機関(主治医)から証明をお願いします。