

出 産 ・ 疾 病 ・ 介 護 等 申 立 書

児童名			
住 所			
申立者		児童との続柄	父 ・ 母

次の事由等について、下記のとおり申し立てます。

出 産	出産（予定）日	令和 年 月 日 出産 ・ 予定	母子手帳番号	No.
--------	---------	------------------	--------	-----

※妊娠・出産を理由としての認定申請の有効期間は、出産日から8週を経過する日の月末となります。

心 身 障 害	障害名、等級	障害（ 級）
------------------	--------	--------

疾 病	病名	
	病院名	
	状況	入院 ・ 通院、または往診（月 日程度）

介 同 護 居 ・ 親 看 族 護 の	看護・介護を必要とする人の氏名		児童との続柄	
	疾病、障害名			
	看護・介護の場所	自宅 ・ 病院 ・ 施設 ・ その他（ ）		
	看護・介護の状況	歩行介助 ・ 食事介助 ・ 入浴介助 ・ 排泄介助 ・ 通院の送迎		

災 害 復 旧	被災日	令和 年 月 日
	災害の種類	震災 ・ 風水害 ・ 火災 ・ その他（ ）

求 職	求 職 内 容 に つ い て	勤務形態	常勤 ・ 臨時 ・ パート ・ アルバイト ・ その他（ ）
		勤務時間	1 日 時間
		勤務日数	1 か月約 日 ・ 週 日
		仕事の内容	

※求職活動を理由としての認定申請の有効期間は90日となります。90日が経過し、なお求職活動中の方は有効期間延長のための手続きをしていただきます。

就 学	学校所在地			
	学校名		学年	
	卒業予定月	令和 年 月		

そ の 他	
-------------	--

上記の記載事項に虚偽がないことを誓います。

氏名

【留意事項】

- ・ 上記記載事項に変更が生じた場合は、すみやかに保育所へ申し出てください。
- ・ 記載内容に虚偽の内容が明らかとなった場合は退所となります。

【以下、町処理欄】

上記記載について虚偽無しと認める。

調査・確認者 職名

氏名