様式番号４

**保育を必要とする申立書**

**（疾病）**

南島原市福祉事務所長　　様

　　　　　　年　　月　　日

下記のとおり相違ありません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立者  （患　者） | 氏　　名 |  | 子どもとの  続柄 | 父・母・その他（　　　） |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |  | |
| 住　　所 | 南島原市　　　　　　町　　　　　　　　　　番地 | | |
| 子ども | 氏　　名 |  | 施設名 |  |
| 氏　　名 |  | 施設名 |  |
| 氏　　名 |  | 施設名 |  |
| 家庭で保育ができない理由（詳しく記入してください） |  | | | |

上記患者について、以下の太枠内を、主治医（医療機関）から証明をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　名 |  |
| 症　　状 |  |
| 通院等の状況 | □入院　　□通院　月・週（　　回）　　□往診　月・週（　　回） |
| 治療見込期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 上記のとおり証明します。  （証明日）  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　（証明者）  　　　　　　　　　　　　住　　　所  　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |

記入の仕方

**保育を必要とする申立書**

**（疾病）**

南島原市福祉事務所長　　様

　　　　　　年　　月　　日

下記のとおり相違ありません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立者  （患　者） | 氏　　名 | **○○　○○** | 子どもとの  続柄 | 父・母・その他（　　　） |
| 生年月日 | ○○年○○月○○日 |  | |
| 住　　所 | **南島原市　○○　町　○○番地　　（肩書き：アパート名など）** | | |
| 子ども | 氏　　名 | **○○　○○** | 施設名 | ○○　保育園 |
| 氏　　名 |  | 施設名 |  |
| 氏　　名 |  | 施設名 |  |
| 家庭で保育ができない理由（詳しく記入してください） | 疾病により家庭で保育ができない状況を記入してください。 | | | |

上記患者について、以下の太枠内を、主治医（医療機関）から証明をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　名 |  |
| 症　　状 |  |
| 通院等の状況 | □入院　　□通院　月・週（　　回）　　□往診　月・週（　　回） |
| 治療見込期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 上記のとおり証明します。  （証明日）  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　（証明者）  　　　　　　　　　　　　住　　　所  　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |