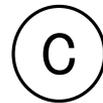


家庭保育が困難であることの申告書



富士宮市長 宛

記入日 令和 年 月 日

住 所 富士宮市

氏 名

電話番号

児童と
の続柄

下記の状況により児童の家庭保育が困難であることを申告します。

1 出産の場合	出産(予定)年月日	令和 年 月 日
	育休取得予定の方	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

↑ 母子手帳の保護者の名前と出産日(分娩予定日)の記載のあるページの写しを一緒に提出してください。

2 疾病、障がいの場合	傷病名		入院先 通院先	
	加療状態	ア 入院 イ 通院 ウ 自宅療養	イ・ウに該当	通院平均 ()日/月
		アに該当	入院(予定)期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
障害者手帳有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育(A・B) <input type="checkbox"/> 精神()級			

↑ 医師の診断書を一緒に提出してください。(有る場合は、障害者手帳の写しも提出してください。)

3 介護、看護の場合	被介護者氏名		児童との続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居()		
	病名又は症状			
	加療状態	ア 入院 イ 通院 ウ 自宅療養	イ・ウに該当	通院平均 ()日/月
		アに該当	入院(予定)期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
障害者手帳有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育(A・B) <input type="checkbox"/> 精神()級			
介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> その他()			

↑ 医師の診断書を一緒に提出してください。(有る場合は、障害者手帳の写しも提出してください。)

4 就学の場合	学校名			
	所在地			
	在学期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
	通学日 (平均)	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木	受講時間 (平均)	時 分 から
<input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		時 分 まで		

↑ 在学証明書又は学生証の写し及び時間割表等の受講時間がわかるものを一緒に提出してください。

児童名	生年月日	施設名
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 第1希望施設 <input type="checkbox"/> 利用施設
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 第1希望施設 <input type="checkbox"/> 利用施設
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 第1希望施設 <input type="checkbox"/> 利用施設

※本書類の内容に虚偽が確認された場合は、認定を取り消し、保育施設の内定取り消しや退所とさせていただきます。また、事実と異なることを記載した場合は、刑法上の罪に問われる場合があります。