

児童名(カナ) (児童が複数いる場合は余白に記入)	(年 月 日生)	施設名 ○をつけてください	(申込み中は第一希望を記入) 利用中・内定中・申込み中
------------------------------	-----------	------------------	--------------------------------

申 立 書

水戸市長 あて

	住 所	
	氏 名	
令和 年 月 日	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	児童との続柄	父・母・祖父・祖母
	電話番号	

私は、下記の理由により、保育利用申込み児童の保育が困難であること申し立てます。

傷病 <small>(診断書等を添付してください)</small>	傷 病 名																	
	病 院 ・ 施 設 名	入院・通院・自宅療養・その他()																
	入 院 ・ 診 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日																
	通 院 ・ 往 診 状 況	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">(通院)</td> <td style="width: 15%;">月・週</td> <td style="width: 15%;">回</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>(往診)</td> <td>月・週</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					(通院)	月・週	回				(往診)	月・週	回			
	(通院)	月・週	回															
(往診)	月・週	回																
状 況 <small>(記載枠が足りない場合は、『その他』欄に記載してください。)</small>																		
障 害 <small>(手帳等の写しを添付してください)</small>	障 害 名																	
	手 帳 等 種 類	身 体	精 神	療 育	障 害 年 金	そ の 他 ()												
	等 級	級	級		級													
介 護 ・ 看 護 <small>(手帳・認定証等写・診断書等を添付してください)</small>	介 護 (看 護) を 受 け る 方 の 氏 名																	
	(児童との続柄)	父・母・祖父・祖母・その他()																
	傷 病 名 ・ 障 害 名																	
	病 院 ・ 施 設 名	入院・通院・自宅療養・その他()																
	入 院 ・ 診 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日																
	介 護 (看 護) に 要 す る 時 間	月・週	日															
状 況 <small>(記載枠が足りない場合は、『その他』欄に記載してください。)</small>	時 分	～	時 分															
そ の 他	理 由 (_____) の ため																	