

児童名	※施設利用(申込)児童	生年月日	入所・入園又は希望施設名	※該当する方に○
		年 月 日		在籍 ・ 申請中
		年 月 日		在籍 ・ 申請中
		年 月 日		在籍 ・ 申請中

申 立 書(疾病・負傷)

厚木市長宛
厚木市福祉事務所長宛

次のとおり療養しているため、児童の保育が必要である旨申し立てます。

なお、申立内容と医師の診断書に相違があった場合、保育の実施を解除(退所・退園)し、又は施設等利用給付認定を
取消しされても異議を申し立てることはありません。

療 養 中 の 方		児童との続柄	
生 年 月 日		年 齢	
病 名			
病 状	具体的に記入してください。		
病 院 名		病院所在地	都 ・ 道 市 ・ 区 府 ・ 県 町 ・ 村
通 院 回 数	週 ・ 月 ・ 年 回(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ その他)		
入 院	年 月 日 ～ 年 月 日(入院中 ・ 退院)		
自 宅 療 養	年 月 日 ～		
備 考			

※入所・入園、施設等利用給付認定開始時、継続利用審査時には、診断書(家庭での保育が困難な状況が記載されたもの)等の提出が必要です。

上記のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日 申立者(療養中の方) _____