

施設利用(申込)児童名	生年月日	入所・入園又は利用(希望)施設名※該当する方
	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、下記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)されても又は、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、診断書等の提出をお願いいたします。

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日 申立者(療養中の方) _____