	施設名	児童氏名（生年月日）	申立者と児童との続柄 ※いずれかに○
保護者記入欄		（令和　年　月　日）	父・母・祖父・祖母 その他（　　）
		（令和　年　月　日）	
		（令和　年　月　日）	

※　複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。就労状況申告書は保護者1人につき1部の提出で結構です。

※　現在の施設を継続する場合の保育関係施設名は継続する施設を、新規で申し込まれる場合は第1希望の施設を記入してください。

病気等の状況に関する申立書
（保育施設利用確認用）

※必要事項を記入又は該当する箇所に○を付し、必要事項を記入してください。

申立者氏名	
入院・通院の状況	**1．入院（入院予定）** 期　間（　年　月　日～　年　月　日） 退院予定（　年　月　日頃・未定）
	2．通院 定期的に通院している（　ヵ月・週）に（　回） いつまで（　年　月　日頃まで・未定）
	3．自宅療養中 療養期間（　年　月　日～　年　月　日・未定）
傷病及び障がいの状況	1．傷病名（　　） ※下記、2～4に当てはまらない場合は、裏面「診断書」が必要です。 2．身体障害者手帳（　　）級 3．療育手帳（A1・A2・B1・B2） 4．精神障害者保健福祉手帳（　　）級 手帳の写しを添付してください。

上記のとおり病気等の療養中のため、保育ができないことを申し立てます。
なお、申立内容に虚偽等の不正があった場合には、入園の取り消し（解除）に同意します。

阿波市長　殿

令和　年　月　日

住所

氏名

（代理人氏名）

※申立者本人がご自身で申し立てることが困難な場合は、代理人が申し立ててください。

【問い合わせ先】　阿波市役所　福祉事務所　子育て支援課　TEL　0883-36-6813
教育委員会　学校教育課　TEL　0883-36-8741

診　断　書

（保育施設利用確認用）

診断を受ける方	氏　名		生年月日	H・S　　年　　月　　日
	住　所			
傷病名	①		初診日	（R・H・S　年　月　日）
	②		初診日	（R・H・S　年　月　日）
	③		初診日	（R・H・S　年　月　日）

患者の病状についてお答えください。（該当するものにチェックを入れ、必要事項をご記入ください。）

1　生活（仕事・家事・育児・運動等）に制限が必要ですか。

□　無

□　有 ➡ 仕事・家事・育児・運動・その他（○をつけてください。）に制限が必要である。

※それぞれの制限について、具体的に記入してください。

2　今後、どのくらいの期間、入院加療または通院加療が必要と考えられますか。

□　入院加療が必要

期　間　：（令和　　年　月　日 ～ 令和　　年　月　日 ・ 終了期間未定）

□　通院加療が必要

期　間　：（令和　　年　月　日 ～ 令和　　年　月　日 ・ 終了期間未定）

通院頻度：（　　ヵ月・週）に（　　回）

3　医学的見地から、患者が未就学児童の保育をすることは可能ですか。

□　可能と考える

□　不可能である ➡ その状況はいつまで継続すると考えられますか。

（　　年　月　日ごろ ・ 未確定 ・ 改善見込みなし）

【特記事項】（その他、未就学児童を保育することの困難さに関するご意見があればご記入ください。）

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名 _____

所在地 _____

担当医師氏名 _____

電話番号 _____

＊上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

＊この書類は、認定こども園等の利用申込等にあたり、保護者の保育を必要とする事由を確認するためのものです。

＊訂正の際は二重線を引き、訂正印を押印してください。（その際は担当医師氏名にも同じ印鑑を押してください。）