

疾病・障がい
 同居親族の介護等

に係る申立書

令和 年 月 日

白糠町長 様

施設型給付費等に係る支給認定を申請するにあたり、下記の事由により、保育の必要性があることを申し立てます。なお、内容に虚偽があった場合は、支給認定を取り消されも異議を申し立てることは、ありません。

(申立者) 住 所 _____
氏 名 _____
連絡先 _____

【事由が疾病・障がいの場合】

病名又は障がい名		
入院の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 入院先： 入院期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日
通院の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 通院先： 通院頻度：週・月__回／1回あたりの所要時間__時間
病気又は障がいにより保育が困難な状況を詳細に記入してください。		

【事由が同居親族の介護等の場合】

要介護者氏名等	(年 月 日生)	児童との続柄	
要介護者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 ⇒ 入院先： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院 ⇒ 通院先： <input type="checkbox"/> 在宅		
保護者の介護状況	1週あたり__日、1日あたり__時間 ※介護サービス等を受けている時間は除く		
親族の介護等により保育が困難な状況を詳細に記入してください。			

添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他
------	---