

保育利用事由申立書

【記入例】

※就労以外の場合

令和 * * 年 * * 月 * * 日

申立人	住所	瀬戸内市 邑久町 尾張300-1		
	氏名	瀬戸内 華子	生年月日	H 2 年 5 月 22 日

↓いずれか該当する□にチェックし、右欄をすべて記入してください。			添付書類等
<input type="checkbox"/> 就 学	学校名:(期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日 1ヵ月当たり平均 日 で、1日当たり平均 時間)	1. 合格通知書または在学証明書の写し 2. カリキュラム表(時間割)の写し	
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	出産(予定)日: R 年 月 日	母子健康手帳(保護者氏名と出産予定日がわかるページ)の写し	
<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 介護保険証 要介護() 要支援()	身体障害者手帳等(障害名・等級等がわかるページ)の写し ※身体障害者手帳3級(聴覚は4級)以下、精神障害者保健福祉手帳2級以下、療育手帳B、介護保険の要介護度が要介護1~2、要支援の場合は、診断書の写しが必要です。	
<input type="checkbox"/> 災 害	被災日: R 年 月 日	罹災証明書の写し等	
<input type="checkbox"/> 疾病・負傷	傷病名・症状:(状態: <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回) <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他() 病院名:(治療期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日)	瀬戸内市指定の診断書の写し ※診断書に自宅で保育ができない旨の記載が必要です。 ※診断書に治療期間の記載がない場合、3カ月に一度診断書の提出が必要です。	
<input checked="" type="checkbox"/> 介護・看護	介護(看護)を受ける人の住所・氏名・生年月日 住 所 瀬戸内市長船町土師277-4 氏 名 長船 一郎 生年月日 S 22 年 10 月 15 日 児童との続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 弟兄姉妹 <input type="checkbox"/> その他() 病名・症状: (認知症) 状態: <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 (<input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 週 1 回) <input type="checkbox"/> 寝たきり <input checked="" type="checkbox"/> その他(食事等の日常生活の補助) 期間: R * 年 * 月 * 日 ~ R * 年 * 月 * 日 1ヵ月当たり平均 30 日 で、1日当たり平均 4 時間	1. 診断書、介護保険証等の写し ※介護保険の要介護度が要介護3~5の場合は、診断書は不要です。 2. 裏面の介護・看護スケジュール表を記入の上、下欄に民生委員の証明を受けてください。 介護・看護の事由で申込みの場合、民生委員の証明を受けてください。	
	※地区担当民生委員証明欄 証明依頼者について、上記の内容が事実であることを証明します。 地区担当民生委員 住所: 瀬戸内市長船町土師1175-1 氏名: 民生 次郎	令和 * * 年 * * 月 * * 日	
<input type="checkbox"/> そ の 他	<input type="checkbox"/> 求職活動(最終離職日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 社会的擁護(虐待・DV等) <input type="checkbox"/> その他()	必要に応じて関係書類の提出が必要です。	

介護・看護スケジュール表

時間	月	火	水	木	金	土	日
0:00~1:00							
1:00~2:00							
2:00~3:00							
3:00~4:00							
4:00~5:00							
5:00~6:00							
6:00~7:00							
7:00~8:00	朝食補助	朝食補助					
8:00~9:00							
9:00~10:00							
10:00~11:00							
11:00~12:00							
12:00~13:00	昼食補助	昼食補助					
13:00~14:00							
14:00~15:00							
15:00~16:00	通院同行						
16:00~17:00							
17:00~18:00							
18:00~19:00	夕食補助	夕食補助					
19:00~20:00							
20:00~21:00	入浴補助	入浴補助					
21:00~22:00							
22:00~23:00	分単位のものなど、細かい内容 は備考欄に記入してください。		同じスケジュールであれば備考 欄に「同左」等と記入し、表への 記入は省略可。				
23:00~24:00							
備考欄	・排泄補助 5分×10回	・排泄補助 5分×10回	同左	同左	同左	同左	同左

〈認定に関する注意事項〉

- 「妊娠・出産」を理由に入所を希望される場合は、出産予定日の3カ月前から認定要件に該当となります。出産日より3カ月後、特に内容に変更がなければ、認定取消(退園)となります。
- 「求職」とは、就労のために求職活動を開始している状況をいいます。求職活動の状況が認められない場合、離職(入所)後3カ月以内に就職が決まらない場合は、認定取消(退園)となります。
- 記入内容に変更があった場合は、変更の届出が必要になります。
- 保育を必要とする事由に該当しないことが判明した場合は、ご連絡がない場合でも、認定取消(退園)となる可能性があります。