

病 気 ・ 療 養 申 立 書

お問合せ先
五 泉 市 役 所 0 2 5 0 - 4 3 - 3 9 1 1
こ ども 課 保 育 係

※入園・入所児童が複数人いる場合は欄を分けてご記入下さい。

保 護 者 記 入 欄	保 育 園 名 等 または 学 童 ク ラ ブ 名			
	ふ り が な			
	児 童 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	小 学 校 名 (学 童 ク ラ ブ の 場 合)	小 学 校 年 生	小 学 校 年 生	小 学 校 年 生
	住 所	五 泉 市		
	保 護 者 (被 雇 用 者) 氏 名			
児 童 か ら 見 た 続 柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖 父 ☐ 祖 母 ☐ そ の 他 ()			

右記児童の入園・入会(継続)の審査に必要となりますので、枠内に証明をお願いします。
(□については、該当する箇所に☑をつけてください。)
なお、証明事項について、後日担当職員から確認をさせていただく場合がありますので、その際はご協力くださるようお願いいたします。

●申立者が直接ご記入下さい。

病 気 ・ 療 養 が 必 要 な 方	氏 名	児童から 見た続柄	病名、症状 等 (具体的に記入して下さい)

※医師の診断書又は治療内容等がわかる書類の写しを添付して下さい。

(あて先) 五 泉 市 長 上記のとおり相違ないことを申し立てます。			
令 和 年 月 日	申 立 者 氏 名		印
	電 話 番 号 ()		