

## 看護・介護 申立書

お問合せ先  
五泉市役所 0250-43-3911  
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。

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きます場合がありますので、その際にご協力くださるようお願いいたします。

|                            |                                 |                       |           |           |
|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------|-----------|
| 保<br>護<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 保 育 園 名 等<br>または<br>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<br>(学童クラブの場合)           | 小学校<br>年生             | 小学校<br>年生 | 小学校<br>年生 |
|                            | 住 所                             | 五 泉 市                 |           |           |
|                            | 保 護 者<br>(被雇用者) 氏名              |                       |           |           |
|                            | 児童から見た続柄                        | □父 □母 □祖父 □祖母 □その他( ) |           |           |

●申立者が直接ご記入下さい。

|                         |                       |              |                          |
|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------------|
| 看 護 ・ 介 護 が<br>必 要 な 方  | 氏 名                   | 児童から<br>見た続柄 | 病名、症状 等<br>(具体的に記入して下さい) |
|                         |                       |              |                          |
|                         |                       |              |                          |
| 看 護 ・ 介 護 を<br>要する時間・日数 | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 |              |                          |
|                         | 週 日・月 日/月合計時間 時間 分    |              |                          |
|                         | 土曜日 □無 □有 (一ヶ月 回 )    |              |                          |

※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 ( )