

病気・療養 申立書

お問い合わせ先
 五泉市役所 0250-43-3911
 こども家庭課 保育係

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します。

※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()		

●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

電 話 番 号 ()