

児童名・年齢		歳
利用施設名	利用中・申請中	

申立書（疾病）

牛久市長 殿

年 月 日

住 所

氏 名

印

下記の理由により、児童の保育が困難であることを申し立てます。

記

疾病者等氏名		
生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生（ 歳）
児童との続柄	父 母 祖父 祖母 兄弟等（ ） その他（ ）	
傷病・障害名等		
障害者手帳等の有無	有 ・ 無 （「有」の場合は、手帳等のコピーを添付）	
診 療 機 関 名		入院 ・ 通院
診 療 見 込 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日（ ヶ月）	
通 院 回 数	1 週 間 または 1 ヶ 月 に _____ 回 （該当期間を○で囲み回数を記入）	
傷病・障害の程度 （具体的に記入）		

※ 診断書・障害者手帳等の写しを添付してください。