

# 申立書

令和 年 月 日

大子町長あて

住 所 大子町大字

氏 名

児童との続柄 ( )

下記の理由により、児童クラブの利用を必要とすることを申し立てます。

疾病または障がい	疾 病 者 等 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	児 童 と の 続 柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ ( )
	疾 病 ・ 障 が い 名	
	主 な 診 療 機 関	
	入 院 ・ 外 来 別	入 院 ・ 通 院
	診 療 見 込 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
	外 来 通 院 回 数	週 ・ 月 回
	疾 病 ・ 障 が い の 程 度 ( 具 体 的 に 記 入 )	
	添 付 書 類	下記のいずれかの証明書等を添付してください。 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し ( 身体 ・ 精神 ・ 療育 )
介護または看護	介 護 ( 看 護 ) を する 人 の 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	児 童 と の 続 柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ ( )
	介 護 ( 看 護 ) を 受 けて いる 人 の 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	児 童 と の 続 柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ ( )
	介 護 ( 看 護 ) の 期 間 及 び 場 所	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請者の自宅 <input type="checkbox"/> 病院等 <input type="checkbox"/> 介護 ( 看護 ) を 受 ける 人 の 自 宅
	介 護 ( 看 護 ) 状 況 ( 具 体 的 に 記 入 )	
添 付 書 類	下記のいずれかの証明書等を添付してください。 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 介護保険証の写し	
その他	※上記の理由にあてはまらない場合には、具体的な状況を記入してください。	
備考		