

保護者名	相馬 太郎				
児童名	相馬 夏子	生年月日 HO年 O月 O日	OO	<input type="checkbox"/> 保育園 <input checked="" type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 児童クラブ	<input type="checkbox"/> 利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)
児童名		生年月日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 児童クラブ	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)
児童名		生年月日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 児童クラブ	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)

病気 (障害) ・ 就学 ・ 出産申立書

相馬市長・相馬市福祉事務所長 様

令和 O年 O月 O日

申請者 住所：相馬市中村字OOOO

氏名：相馬 太郎

児童との続柄：父・母・祖父・祖母・()

私は、現在、下記のとおり相違ないことを申立てます。この申立ての内容に虚偽または事実となることがある場合には、承諾が取消しとなる場合があることに了承します。

病気 (障害) 申立書	傷病名	椎間板ヘルニア
	障害名	
	症状	腰痛、下肢の疼痛、しびれ
	治療見込期間	<input type="checkbox"/> 約 週間 <input checked="" type="checkbox"/> 約 2 ヶ月間 <input type="checkbox"/> 約 年間 <input type="checkbox"/> 不定
	治療状況	<input checked="" type="checkbox"/> 入院加療 OO年OO月OO日 ~ OO年OO月OO日 <input type="checkbox"/> 通院加療 週 日 / 月 日 生活状況 (<input type="checkbox"/> 通常生活 <input checked="" type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 寝たきり)
	障害・介護の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 番号 () <input type="checkbox"/> 療育手帳 記号 () 番号 () <input type="checkbox"/> 要介護認定証 (要介護 1・2・3・4・5 / 要支援 1・2)
就学申立書	添付書類	<input type="checkbox"/> 処方箋、処方薬書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 入院等治療計画書の写し <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳、介護被保険者証等の写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 診断書 (* 状況により提出を求める場合があります)
	学校等の名称	OOO専門学校
	在学期間	OO年O月OO日 ~ OO年O月OO日
	就学日数	週 5 日 / 月 20 日
	就学時間	9時00分 ~ 16時00分
出産申立書	添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 在学証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ()
	出産日 (予定日)	OO年OO月OO日 出産 ・ <u>出産予定</u>
	休暇予定	産前休暇 OO年OO月OO日 ~ OO年OO月OO日 産後休暇 OO年OO月OO日 ~ OO年OO月OO日
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳の表紙及び出産予定日の記載があるページの写し	

該当項目をマルで囲んで下さい

事由の該当箇所記入して下さい

対象施設	問い合わせ先	電話番号
保育園、児童クラブ、認定こども園、新制度移行幼稚園、認可外保育施設 等	相馬市 こども家庭課 こども家庭係	0244-37-2204
新制度未移行幼稚園、市立幼稚園	相馬市教育委員会 学校教育課 学校教育係	0244-37-2185