

利用（予定）施設名
児童氏名（生年月日）
（ 年 月 日生）
（ 年 月 日生）

⑤ 病気等・出産・就学申立書

□病気等申立書

疾病者名		児童との続柄		生年月日	年 月 日
病名・障害名等			病院名		
治療内容	1. 入院 2. 通院（週 回／月 回程度） 3. 自宅療養				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日見込 ・ 未 定				
※添付書類	1. 診断書 2. 身体障害者手帳の写し 3. 療育手帳の写し 4. その他：				

□出産申立書

出産者名		出産（予定）日	年 月 日出産（予定）
※添付書類	「母子健康手帳」の表紙および出産予定日の記入があるページのコピー		

注1) 会社等に在籍し、産休後、法定育児休業を取得される場合は、この申立書の提出は必要ありません。

注2) 出産要件での入所承諾期間は産前2か月／産後2か月（8週）です。

□就学申立書

氏 名		児童との続柄		生年月日	年 月 日
学校等の名称			在学期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
就学日数	週 日	就学時間	時 分 ～ 時 分	休校日	曜日
就学終了後	1. 就労（ 年 月 日就労開始予定／内定先： ） 2. 求職活動 3. 家庭保育				
※添付書類	1. 在学証明 2. その他：				

尾道市長 様

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

年 月 日

住 所 尾道市

申立者氏名

⑩

電 話 () —