

病氣・出産申立書

(宛先) 旭川市長

入所(希望)施設名

児童名

該当者氏名	病名	
通院・入院の期間	通院 週	入院 平成 年 月 日～平成 年 月 日予定
出産予定日	平成 年 月 日	出産予定
備考	【保育できない理由を具体的に記入願います。】	

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

平成 年 月 日

申立者住所 _____

申立者氏名 _____ (印)

自宅 電話 _____

携帯 電話 _____

診断書、もしくははそれにかわる証明書等(下記のいずれか)を添付してください。

- 1 診断書
- 2 身障者手帳の写し
- 3 精神障害者保健福祉手帳の写し
- 4 療育手帳の写し
- 5 母子手帳の写し (母の氏名と分娩予定日が記入されているページの写し)