

申立書（妊娠出産、疾病・障がい、介護・看護）

（宛先）奈良市長

下記のとおり相違ないことを申立します。申立内容に虚偽があった場合は、保育の利用申込または継続利用を取り消しされても異議申立しません。

令和 年 月 日 申立

申立者 住所

（保護者）氏名

印

子どもとの続柄（父・母・その他（ ））

子ども氏名			
子ども生年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

該当する保育を必要とする理由にチェックを付けてください。

□妊娠出産

出産予定日	令和 年 月 日	単胎児 ・ 多胎児（該当に○）
証明書類※1	母子健康手帳（母子健康手帳の表紙及び分娩予定日欄）の写し（多胎児の場合は人数分）	

（参考）奈良市の母子健康手帳の場合は、4ページ目に分娩予定日欄があります。

注1 切迫流産等の場合は、疾病・障がいの欄も記入してください。

□疾病・障がい

疾病・障がい名			
各種手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）判定 <input type="checkbox"/> 第（ ）種身体障害者手帳（ ）級	
疾病・障がい状況	<input type="checkbox"/> 入院・通院	入院・通院先（ ） 退院見込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日予定） 通院・通所頻度（ 月・週 回・不定期 ）	
	<input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 常時、病臥又は安静を要する <input type="checkbox"/> 感染症の治療 <input type="checkbox"/> 精神疾患の治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
証明書類※1	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書（治療期間、病状等記載のもの） <input type="checkbox"/> 自立支援医療費受給者証の写し		
保育の状況	児童の保育について該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 支援があれば可能 <input type="checkbox"/> 可能		
	日常生活において制限があるものに該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	家庭保育が困難な理由を記入してください。		

裏面あり

□介護・看護

被介護・看護者氏名※2			子どもとの続柄	
被介護・看護者生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		年	月 日
疾病・障がい名				
各種手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）判定 <input type="checkbox"/> 第（ ）種身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> すこやか手帳		
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	要介護認定（ ）級		
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 自宅介護・看護	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 移動補助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 着替え補助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 入院・入所付添	入院・入所先（ ） 退院・退所見込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日予定）		
	<input type="checkbox"/> 通院・通所付添	通院・通所先（ ） 通院・通所頻度（ 月・週 回・不定期 ）		
証明書類※1	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書（治療期間、病状等記載のもの） <input type="checkbox"/> 自立支援医療費受給者証の写し			
保育の状況	児童の保育について該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 支援があれば可能 <input type="checkbox"/> 可能			
	日常生活において制限があるものに該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	家庭保育が困難な理由を記入してください。			

※1 申立内容の証明書類として必ずいずれかの書類を添付してください。

※2 被介護・看護者は申立者（保護者）と居住地・住民票が同一であることが条件です。

注1 この申立書は特定教育・保育施設の利用調整事務に使用するものです。申立内容について担当課より照会させていただきますので、ご了承願います。

注2 申立内容に虚偽があった場合は、保育の利用申込または継続利用を取り消します。