

保育を必要とする事由申立及び確認書

申立者

氏名

児童との続柄 父・母・その他（ ）

入所（希望）施設名	児童名	生年月日
		H・R . .
		H・R . .
		H・R . .
		H・R . .

■妊娠・出産の場合 令和 年 月 日 （ 出産 ・ 出産予定 ）

※母子健康手帳表紙（父・母の氏名が記入されたページ）及び分娩予定日が記入されたページの写しを添付ください。

■疾病・負傷・障害のある場合

疾病名	
症状	
回復までの期間	年 月 日頃まで または 通年
利用している病院名	通院・入院
	（通院の場合）週・月 回程度 （入院の場合） 月 日入院 ～ 月 日退院（予定）

※ 医師の診断書（様式指定）または障害者手帳等の写しを添付ください。

■介護・看護の場合

介護・看護の 対象者	住所	
	氏名	児童との続柄
	別居で介護等を要する理由（なぜ、あなたが介護等をする必要性があるのか、具体的に記入ください。）	
回復までの期間	年 月 日頃まで または 通年	
介護・看護に 必要な日数、時間	週・月 日程度	1 日 時間程度
症状及び常時介護 が必要な理由	介護等の内容について詳しく記入ください。	
利用している病院名	通院・入院	
	（入院の場合） 月 日入院 ～ 月 日退院（予定）	

※ 医師の診断書（様式指定）、または障害者手帳・介護保険被保険者証（要介護1以上）の写しを添付ください。

■災害復旧の場合

被災状況	
復旧見込み	年 月頃 予定

※ り災証明書を添付ください。

■就学の場合

学校名・講座名		
受講期間	年 月 日 ～ 年 月 日まで（予定）	
平均授業（訓練）時間	週・月 日程度	1 日 時間程度

※ 在学証明書等を添付ください。

保育を必要とする事由申立及び確認書

申立者

氏名 丹波 親子
児童との続柄 父・母・その他 ()

入所 (希望) 施設名	児童名	記入例
認定こども園〇〇〇	丹波 長男	
認定こども園〇〇〇	丹波 次男	
		H (R) 2.8.1

■妊娠・出産の場合

令和 8 年 3 月 16 日 (出産 ・ 出産予定)

施設名・入所希望児童氏名等を全員分記入ください。

※母子健康手帳表紙 (父・母の氏名が記入されたページ) 及び分娩予定日が記入されたページの写しを添付ください。

■疾病・負傷・障害のある場合

疾病等で、回復までの期間が判明している場合記入 (要診断書) ください。

疾病名	〇〇病
症状	〇〇するため、保育することが難しい。
回復までの期間	令和 8 年 8 月 31 日頃まで または 通年
利用している病院名	県立〇〇病院 通院・入院 (通院の場合) 週・月 3 回程度 (入院の場合) 月 日入院 ~ 月 日退院 (予定)

※ 医師の診断書 (様式指定) または障害者手帳等の写しを添付ください。

■介護・看護の場合

介護・看護の対象者	住所 丹波市氷上町石生〇〇	診断書・手帳等 (介護保険被保険者証の場合は要介護1以上の添付がない場合は、介護・看護の要件は認められません。)
	氏名 〇〇 〇〇 児童との続柄 父の父	
	別居で介護等を要する理由 (なぜ、あなたが介護等をする必要があるのか、具体的に記入ください。) 一人暮らしであり、他に介護をする者がいないため。	
回復までの期間	年 月 日頃まで または 通年	※ 医師の診断書、または障害者手帳・介護保険被保険者証 (要介護1以上) を添付してください。
介護・看護に必要な日数、時間	週・月 5 日程度 1 日 5 時間程度	
症状及び常時介護が必要な理由	介護等の内容について詳しく記入してください。 脳出血の後遺症により着替え・入浴・排泄その他常に援助が必要な状態であり日々祖父宅に通って介護をしている。	
利用している病院名	県立〇〇病院 通院・入院 (入院の場合) 6 月 10 日入院 ~ 7 月 30 日退院 (予定)	

※ 医師の診断書、または障害者手帳・介護保険被保険者証 (要介護1以上) を添付してください。

長期入院の看護の場合、入院に○をつけ、入院予定期間を記入ください。

■災害復旧の場合

被災状況	〇月〇日の水害・火災・地震により、自宅が半壊した。
復旧見込み	令和 8 年 10 月頃 予定

※ 災証明書を添付ください。

■就学の場合

学校名・講座名	〇〇看護専門学校
受講期間	令和 8 年 4 月 1 日 ~ 令和 9 年 3 月 31 日まで (予定)
平均授業 (訓練) 時間	週・月 5 日程度 1 日 7 時間程度

※ 在学証明書を添付ください。

支給認定の有効期間、保育必要量の認定のため、必ず記入ください。