

# 病気・出産申立書

(宛先) 旭川市長

入所(予定)施設名

児童名

該当者氏名			病名		
通院・入院の期間	通院 週	回	入院	年 月 日～	年 月 日予定
出産予定日	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。 年 月 日					
申立者住所 _____					
申立者氏名 _____					
電話番号 _____					
診断書、もしく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 身体障害者手帳の写し    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）					