

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）			