

疾病等申立書

年 月 日

あて先：春日井市長

申立者 住所
氏名
電話番号

次の事由により、保護者が、日中、家庭にいない状況に相当することを、添付の証明書等を添えて申し立てます。

児童名（	）施設名：子育て子育て総合支援館
事由（○で囲む）	1. 疾病 2. 看護 3. 介護 4. その他（
当事者	氏名 児童との続柄（
当事者の状況	
入院・通院等の医療機関	名称 所在地 電話番号
療養等の内容	
保護者が家庭にいない状況に相当する期間および時間等	期間： 年 月 日から 年 月 日まで (※診断書の内容をもとに判断)
	時間：午前 時 分～午後 時 分までに相当 (※児童をみるのが困難である時間を記入してください。)
	放課後児童健全育成事業の利用希望日数 1 週当たり（日曜日を除いて） 日間相当
備考	

※事由を証明する診断書等の原本（コピー不可）、障がい者手帳の写し等を添えて、提出してください。