

申込 施設	園(所)	申込み 児童名	平成 令和	年	月	日生
----------	------	------------	----------	---	---	----

介護（看護）申立書

介護(看護) 者の氏名						
児童との続柄			生年月日	_____年___月___日		
同居・別居	1. 同居 2. 別居(住所: _____)					
病名・障がい名等						
介護開始年月日	_____年 _____月 _____日					
介護(看護) の日数	平均_____日／1月あたり		介護(看護) の時間	平均_____時間／1日あたり		
介護(看護) の内容						
添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳写し <input type="checkbox"/> 療育手帳写し <input type="checkbox"/> 介護保険証写し <input type="checkbox"/> 入院計画書等の写し <input type="checkbox"/> その他(
<p>上記のとおり相違ないことを申し立てます。 令和 年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>申立者氏名 _____</p> <p>電話番号 _____ ()</p>						

※ これは、保育施設入所申込みのため広川町教育委員会 子ども課に提出するものです。
(TEL0943-32-1194)