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	□身体障害者手帳写し　□療育手帳写し　□介護保険証写し □ 入院計画書等の写し　□その他(		

上記のとおり相違ないことを申し立てます。　　令和　　年　　月　　日

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申立者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

電話番号 (　　) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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(TEL0943-32-1113)に提出するものです。
※9月26日より電話番号が0943-32-1194に変更になります。