

③申 立 書

下呂市長 様

下記の事情により、認定を申請します。

年 月 日

申立者氏名		児童との続柄	父・母・祖母・祖父・ その他（ ）
住 所			
児 童 名		生年月日	年 月 日

妊娠・出産の場合

(母子手帳の写し等を添付してください)

出産予定日	年 月 日
出産後の就労予定	無 ・ 有 年 月 日 見込み

病気・けがの場合 (診断書の写し等、病気、けがの状況のわかる書類を添付してください)

病名・けが名			入院・通院・自宅療養
病院名と所在地			
入院・通院の期間	年 月 日 から	年 月 日まで	
通院日数等	月平均（ ）日・週平均（ ）日、おおむね（ ）曜日		

心身障害の場合 (申請書に個人番号(マイナンバー)の記載が無い方は、手帳の写しを添付してください)

手帳の有無	無 ・ 有
有りの場合	障害名（ ）（ ）級 判定)

家族の介護・看護の場合

(診断書の写し等を添付してください。申請書に個人番号(マイナンバー)の記載が無い方は、手帳の写し等を添付してください。別居している方を介護・看護している場合は、その他にその理由をお書きください)

介護・看護を必要とする方の氏名住所		児童との続柄	父・母・祖母・祖父 その他（ ）
病名又は病状等			入院・通院・自宅療養
手帳の有無	無 ・ 有	障害名（ ）	()級 判定)
要介護認定の有無	無 ・ 有	要介護度（ ）	
入院・通院先の病院名と所在地			
介護・看護に要する日数・時間	月平均（ ）日 ・ 1日平均（ ）時間		

通学の場合 (在学証明書の写しを添付してください)

学 校 名		所在地	
電話番号		通学時間	片道（ ）時間（ ）分
通学日等	週（ ）日間 ・ 1日平均（ ）時間		
卒業見込	年 月 日まで	卒業後の就労予定	有 ・ 無

その他の理由の場合 (詳細を記入のうえ、事情や状況のわかる書類の写しを添付してください)