

保育の必要性の事由が変更となった方用（就労を除く）

## 保育の必要性の事由変更に係る申告書

|              |                |       |
|--------------|----------------|-------|
| フリガナ<br>児童氏名 | ( 年 月 日生) ( 歳) | 保育施設等 |
|--------------|----------------|-------|

※該当する区分にチェックをし、必要事項を記入してください。

| 区分     | 父の状況   | 母の状況  |
|--------|--|---|
| □就学    | 学校名  |   |
|        | 就学日数   | 1か月あたり ( ) 日  |
|        | 就学時間   | 午前・午後 ( ) 時 ( ) 分 ~ ( ) 時 ( ) 分   |
|        | 就学期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日   |
|        | 通学方法   |   |
|        | 通学時間   | 片道 時間 分   |
| □出産    | 出産（予定）日  | 年 月 日   |
|        | 出産後の予定   | <input type="checkbox"/> 就労予定なし <input type="checkbox"/> 求職活動予定<br><input type="checkbox"/> 産休のみ : 年 月 日復職<br><input type="checkbox"/> 育児休業取得（予定） : 年 月 日復職                       |
| □障がい   | 障がい名   |   |
|        | 手帳の交付  | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B  |
| □病気等   | 病名等  |   |
|        | 病院名  |   |
|        | 状況   | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>(期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) |
| □介護・看護 | 介護・看護の対象者  | 氏名 続柄   |
|        | 介護・看護の状況   | <input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い<br><input type="checkbox"/> 居宅内介護看護   |
|        | 介護・看護の日数   | 1か月あたり ( ) 日  |
|        | 介護・看護の時間   | 午前・午後 ( ) 時 ( ) 分 ~ ( ) 時 ( ) 分   |
|        | 病名・障がい名  |   |
|        | 病院・施設名   |   |
|        | 介護保険の利用  | <input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援 1・2・3・4・5)<br><input type="checkbox"/> 無  |
|        | 期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日   |
|        | 通院方法   |   |
|        | 通院時間   | 片道 時間 分   |
| □その他   | <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |

(あて先) 福岡市 福祉事務所長

上記のとおり、保育の必要性の事由が変更となりましたので、添付書類を添えて申告いたします。

年 月 日

保護者名  
(申告者)