# 病 気 申 立 書

新上五島町長　様

**＜申立者記入欄＞**

<table>
<tr><td>申立者氏名</td><td colspan="2"></td><td>児童との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>病名・障害名</td><td colspan="2"></td><td>病院名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療期間</td><td colspan="4">※該当する項目に記入をしてください</td></tr>
<tr><td>入院</td><td colspan="3">年　　月　　日　～　　年　　月　　日　見込み</td></tr>
<tr><td>通院</td><td>週　　回</td><td>自宅療養</td><td colspan="2">必要あり　・　必要なし</td></tr>
<tr><td>保育の<br>必要性</td><td colspan="4">※上記の病気（障害）により保育を必要とする理由を詳しく記入してください<br><br>＿＿＿