

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 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 <input type="checkbox"/> 産休のみ : 年 月 日復職 <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 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( ) 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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (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 <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) <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)

(自署の場合は、押印は不要です。)