

年 月 日

(宛先) 山形市長

申請者住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

利用児童名 \_\_\_\_\_

利用(希望)施設名 \_\_\_\_\_

## 申 立 書

(保護者氏名)

別添書類のとおり、\_\_\_\_\_の疾病により、現在利用児童を  
保育することができませんので、給付認定をしていただきたく申し立てます。

ただし、疾病の改善等により家庭で児童を保育できるようになった場合は、  
給付認定を取り消すことを誓約いたします。

※ 提出の際は、申請者の本人確認を身分証明書等でいたします。