|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立書 | | | | | 児童氏名 | |  |
| 就  学  ま  た  は  技  能  訓  練 | 名称 | |  | | | | |
| 所在地 | | 電話　　　　（　　　　　） | | | | |
| 授業期間 | | 年　　　月　　　日　から 　　　年　　　月　　　日まで | | | | |
| 通常の授業時間 | | ・固定（　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土　）  （平日）　　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　分  （土曜）　　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　分 | | | | |
| ・その他の授業形態（不規則な場合に記入） | | | | |
| １月当たりの授業時間数 | | 時間　 　　分 | １月当たりの授業日数 | | 日 | |
| 主な就学場所 | | 自宅外　・　自宅内　・　自宅内外どちらも（内外がわかる時間割か実績表の提出が必要です。） | | | | |
| 通学時間・経路 | | ※下部に記入してください。 | | | | |
| 疾病 | 病名 | |  | | | | |
| 状況 | | （１）１か月以上の入院　（２）自宅内で精神性疾患または感染性疾患により療養  （３）自宅内で上記以外の理由により療養 | | | | |
| 入院（療養）期間 | | 年　　　月　　　日　から 　　　年　　　月　　　日まで　・　未定 | | | | |
| 心身  障害 | | 手帳あり | 手帳名（身障手帳　　　級　・　愛の手帳　　　度　・　精神手帳　　　級） | | | | |
| 手帳なし | 障害の程度 | | | | |
| 看護  ･  付添い | 対象者の氏名 | | （申立者との続柄　　　　　） | | | | |
| 病名・障害名 | |  | | | | |
| 状況 | | （１）１か月以上の入院等による付添い　（２）１か月以上､自宅で常時看護 | | | | |
| 看護・付添い期間 | | 年　　　月　　　日　から 　　　年　　　月　　　日まで　・　未定 | | | | |
| 通常の看護・  付添い時間 | | ・固定（　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土　）  （平日）　　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　分  （土曜）　　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　分 | | | | |
| ・その他の形態（不規則な場合に記入） | | | | |
| １月当たりの看護・付添い時間数 | | 時間　　　分 | １月当たりの日数 | | 日 | |
| 移動時間・経路 | | ※下部に記入してください。 | | | | |
| 出産 | 保育を必要とする期間 | | 年　　　月　　　日　から 　　　　年　　　月　　　日まで | | | | |
| その他 | 保育を必要とする事由 | |  | | | | |
| 保育を必要とする期間 | | 年　　　月　　　日　から 　　　年　　　月　　　日まで（予定） | | | | |
|  | | | | | | | |
| 移動時間（片道） | | | 時間　　　　　分　　※オンライン地図サービス等で計測した時間を記入してください。 | | | | |
| 経路 | | | 自宅→ | | | | |

上記の内容で申立てします。

　年　　　　　月　　　　　日

申立者氏名

練馬区教育委員会教育長　殿