

疾病・障がい状況申告書

(あて先) 田原本町長

【疾病】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

氏名	
受診状況	通院(月・週 日程度)・その他() 入院(期間など:)
病名	
症状	
療養状況及び 児童を保育する上での 困難さに関する意見 (該当するものにチェック してください)	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる 児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
年 月 日	医療機関名
	住 所
	医 師 名 印

【疾病】 ※ 本人記入欄

児童の保育 (該当するものに チェックをして ください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	
年 月 日	保護者氏名

【障がい】 ※ 本人記入欄(必ず手帳のコピーをつけてください。)

氏名	
手帳の種別等	身体障害者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 級・療育手帳 A1・A2・B1・B2
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)	

注)この疾病・障がい状況申告書は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、お問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。

保護者記入欄

児童氏名	(年 月 日生)	施設・事業名
保護者氏名	続柄：児童の()	

※申込中の場合は第1希望の施設・事業名をご記入ください。