

# 疾病・障がい申告書

施設名		<input type="checkbox"/> 申込	<input type="checkbox"/> 在園
フリガナ		続柄	
児童名			
生年月日		年	月 日
保護者名			

次のとおり相違ないこと申告します。

病名			
障害の状況 ※手帳の写し を添付してくだ さい。	身体障害者手帳	有・無	_____ 級
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	_____ 級
	療育手帳	有・無	
	自立支援受給者証	有・無	
	その他	有・無	
治療見込期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
医療機関の 利用状況	入院	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	通院	_____ 回 / 月・週	
	医療機関名	( _____ )	
保育が困難な 程度・理由	<input type="checkbox"/> 保育をすることができない <input type="checkbox"/> 常時、保育をすることが難しい <input type="checkbox"/> ときどき、保育をすることが難しい <input type="checkbox"/> ほとんど保育に支障はない		
	【理由】		

※保護者の方の状況について記入してください。

※診断書又は障害者手帳(写し)を添付してください。

○本申告書は保育の必要性の確認以外の目的で使用することはありません。

○記入漏れ等があると受付できない場合があります。

○内容について不明な点は、問い合わせをすることがあります。

○事実と異なる記載がある場合は、利用決定を取り消すことがあります。