

疾病・障がい状況申告書

施設名				
児童氏名				
認定番号		1	2	3

(宛先)桜井市長

保護者記入欄	
児童氏名 (H・R 年 月 日生)	施設名
児童氏名 (H・R 年 月 日生)	
児童氏名 (H・R 年 月 日生)	
保護者氏名 続柄：児童の()	
証明対象者氏名 続柄：児童の()	

【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 困難に関する意見 (該当するものにチェッ クをしてください。)	☐ 自分のことが自分でできない ☐ 自分のことがある程度自分でできる ☐ 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		
令和 年 月 日 医 療 機 関 名 住 所 医 師 名 印			

【疾病・障がい】 ※ 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 。)	☐ 自宅での保育が不可能である		
	☐ 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である		
	☐ 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある		
	☐ 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。)			
令和 年 月 日 保 護 者 氏 名			