

疾病・障害申告書

施設名	<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 在園
児童名	
生年月日	年 月 日

次のとおり、相違ないことを申告します。

申告者氏名 _____

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 _____ 級
	精神障害者保健福祉手帳 _____ 級
	療育手帳 _____
治癒見込期間	
医療機関の利用状況	入院 _____ 年 月 ~ _____ 年 月
	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ことがある <input type="checkbox"/> ほとんど保育に支障はない
	【理由】

※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。