

疾病・障がい状況申告書

令和 年 月 日

河合町長 殿

入所児童名	フリガナ 氏名	認定区分	生年月日	入所(内定)予定施設
	(歳児ｸﾗｽ)	1号・2号・3号	平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> かがやきの森こども園 <input type="checkbox"/> 西大和保育園 <input type="checkbox"/> その他(園)
	(歳児ｸﾗｽ)	1号・2号・3号	平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> かがやきの森こども園 <input type="checkbox"/> 西大和保育園 <input type="checkbox"/> その他(園)
	(歳児ｸﾗｽ)	1号・2号・3号	平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> かがやきの森こども園 <input type="checkbox"/> 西大和保育園 <input type="checkbox"/> その他(園)
保護者氏名		続柄：児童の()		

【障がい】 ※障がい者手帳・療育手帳の写しを添付してください。

手帳種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳
手帳等級	級	級	A・B1・B2
保育が困難な理由 ※詳しく記入してください	具体的に記入して下さい		

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

証明対象者氏名			
病名			
症状の程度	<input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> 1ヵ月以上の自宅安静 <input type="checkbox"/> 慢性・長期疾患による自宅療養		
症状	_____ _____ _____		
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院(月・週 日程度) ・ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 入院(期間など：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで)		
治療見込み期間	<input type="checkbox"/> 当分の期間、完治の見込みなし <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		

上記内容に相違内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日	医療機関名 所在地 医師名	印
----------	---------------------	---