

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	生年月日	入所(予定)施設
	氏名		
		平成・令和 年 月 日	河合第__小学校 学童保育所

【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	A1・A2・B1・B2
保育が困難な理由 ※詳しく記入してください。	具体的に記入してください		

【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か月以上の自宅安静 <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