

疾病・障がい申立書

川南町長 殿

令和 年 月 日

住所 川南町大字 _____

氏名 _____

電話番号 _____ - _____

申請にかかる児童名

児童名		施設名	園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)
児童名		施設名	園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)
児童名		施設名	園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)

下記のとおり、保育が必要ですので申立てます。

氏名		児童との続柄	
病名			
入院・通院の期間	入院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	通院	週に 回 月に 回	通院している時間 時 分 ~ 時 分

※身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの場合は写しを提出してください。

※通院先の診断書をお持ちの場合は、下記の医療機関からの証明は不要です。

医療機関（主治医）記入欄 ※二重線内は医療機関から証明となります。

1. 患者氏名	
現在上記の者は、【 入院加療・通院加療（月・週 日程度）・自宅加療 】中である。	
2. 病名及び症状	
病名	
症状	
3. 子どもの保育について	
A 日常の子どもの保育が【 可能 ・ 不可能 】と判断する。	
不可能の場合、概ね、【 】か月の期間。	
B 症状等から「子どもの保育ができない」ことについての、特記事項は下記のとおり。	
令和 年 月 日	
住 所	
医 療 機 関 名	
医 師 名	