

疾病・障がい状況申立書

久米島町長 殿

平成 年 月 日

住 所 : _____

児 童 氏 名 : _____

児童生年月日 : 平成 年 月 日

保 護 者 氏 名 : _____ (印)

疾病・障害の状況について、下記のとおり申立します。

【疾病】※医療機関記入欄(本人は記入しないでください)

受診者氏名	児童との続柄()
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 (期間等:)
病名	
症状	
療養状況及び 児童を保育する上での 困難さに関する意見	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分で出来る 児童を保育する上での困難さに関する意見があれば記入してください。
治療見込み期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
<p>上記のとおり、証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 医 療 機 関 名 _____ 住 所 _____ 医 師 名 _____ (印) </p>	

【疾病】※本人記入欄

児童の保育	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障がない
上記の理由 (詳しく記入してください)	

【障がい】※本人記入欄(必ず手帳の写しを添付してください)

氏名	児童との続柄()
手帳の種類等	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)	