

疾病・けが・障害状況申告書（保育所申請用）

令和 年 月 日

横芝光町長 様

【申告者】

住 所	横芝光町		
氏 名		児童との続柄	

私の疾病・けが・障害の状況について、次のとおり申告します。

【疾病・けが】

病 名	
上記病名にかか る状況	<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日～ 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 通院（通院頻度 週・月 回）
保育が必要な期間	令和 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 卒園まで
保育が必要な理由	

※疾病・けがによる申告には、医師による診断書（様式任意）を添付してください。

【障害】

手 帳 種 別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳 （ ）度 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 （ ）級
障害にかか る状況	<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日～ 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 通院（通院頻度 週・月 回） <input type="checkbox"/> なし
保育が必要な理由	

※障害による申告には、手帳の写しを添付してください。

【入所を希望する児童】

保育所名	在 所		在 所		在 所	
	保育所（園）	希望	保育所（園）	希望	保育所（園）	希望
ふりがな						
氏 名						
生 年 月 日	(H・R . . 生)		(H・R . . 生)		(H・R . . 生)	