疾病・障害状況申告書

保護者氏名	(電話)　　ー		
住所	串本町		
児童氏名		生年月日	R　年　月　日
児童氏名		生年月日	R　年　月　日
児童氏名		生年月日	R　年　月　日
児童氏名		生年月日	R　年　月　日

【疾病】※　必ず診断書（コピー可）をつけてください。

児童の保育（該当するものにチェックをしてください）	□　自宅での保育が不可能である □　自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である □　自宅での保育が不可能ではないが、支障がある □　自宅での保育に支障はない
上記の理由（詳しく記入してください）	
受診状況	通院　（月・週　　日程度）　・　その他　（　　） 入院　（期間など：　　）
病名	□ 国及び県の特定疾患として認定されている
症状	
治療見込み期間	年　月　日から　　年　月　日まで

上記のとおり、自身の状況について申告します。

令和　　年　　月　　日

申出者氏名
（署名）

串本町長　宛

【障がい】　※　必ず手帳のコピーをつけてください。

手帳の種別等	身体障害者手帳　級・精神障害者保健福祉手帳　級・療育手帳　A・B1・B2
児童の保育（該当するものにチェックをしてください）	□　自宅での保育が不可能である □　自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である □　自宅での保育が不可能ではないが、支障がある □　自宅での保育に支障はない
上記の理由（詳しく記入してください）	

上記のとおり、自身の状況について申告します。

令和　　年　　月　　日

申出者氏名
（署名）

串本町長　宛