

疾病・障害状況申告書

保護者氏名	(電話) —				
住所	串本町				
児童氏名	生年月日	H	R	年	月 日
児童氏名	生年月日	H	R	年	月 日
児童氏名	生年月日	H	R	年	月 日
児童氏名	生年月日	H	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）	<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	<input type="checkbox"/> 国及び県の特典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 串本町長 宛 (署名)	

【障がい】※ 必ず手帳のコピーをつけてください。

手帳の種類等	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）	<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 串本町長 宛 (署名)	