

# 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 ( 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 ( 署名 )
串本町長 宛	