

疾病・障がいに関する申立書

令和 年 月 日

茨城町長 宛て

住所 _____

保護者氏名 _____

児童氏名 _____

保育施設への申込み（継続利用）にあたり、疾病・障がいの状況について、下記のとおり申し立てます。

疾病・障がい名		
各種手帳について (☑をつけて、必要事項を記入してください。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 種 級） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ 判定） <input type="checkbox"/> その他 _____
療養状況について (☑をつけて、必要事項を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 入院	入院先：（ ） 入院期間：令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（予定を含む）
	<input type="checkbox"/> 通院	通院頻度：（月に 回）（週に 回） ・ 不定期
	<input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 常時、安静を要する <input type="checkbox"/> その他 _____
保育の状況	児童の保育に該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 支援があれば可能 <input type="checkbox"/> 可能	
	日常生活において制限があるものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	その他必要なことがあれば記入してください。	
添付書類 (提出書類に☑)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	