

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

兒童氏名

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。）		☐ あり ☐ なし	☐ 身体障害者手帳（ 種 級） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（ 級） ☐ 療育手帳（ 判定） ☐ 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。）		☐ 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）		
		☐ 通院	通院頻度：（月に 回）（週に 回） ・ 不定期		
		☐ 自宅療養	☐ 常時、安静を要する ☐ 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。 ☐ 不可能 ☐ 困難 ☐ 支援があれば可能 ☐ 可能			
		日常生活において制限があるものに☑してください。 ☐ 仕事 ☐ 家事 ☐ 育児 ☐ 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☑）		☐ 身体障害者手帳の写し ☐ 療育手帳の写し ☐ 精神障害者保健福祉手帳の写し ☐ 診断書 ☐ その他（ ）			