

⑤疾病・障がい等申立書

※太枠内の必要事項は、保護者が記入してください。

施設名	入所児童名(姓不要)		
保育所 認定こども園	1子)	2子)	3子)
高原町長 宛	令和 年 月 日		
住所			
保護者名			
TEL			
下記のとおり、保育が必要な要件について申立てます。			

保護者の疾病・障がい

氏名	疾病名等	入院・通院の期間(回数)	
		入院	年 月 日～ 年 月 日
児童名の続柄()		通院	(週に 回) (月に 回)

※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの場合は手帳の写しを提出してください。

※通院先の診断書をお持ちの場合は、下記の申立による医療機関からの証明は不要です。

医療機関(主治医)記入欄

※二重線内は医療機関(主治医)の証明となります。

患者氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
疾病等名				
症状				
◆上記の者は、現在【 入院加療中・通院加療中(月・週 日程度)・自宅療養中 】である。 ◆日常の子どもの保育については 【 可能 ・ 不能 】と判断する。 ◆症状等から「子どもの保育」について、特記すべきことがあれば下記にご記入ください。				
令和 年 月 日(作成日)				
医療機関名				
住 所				
医 師 名				

(注意) ※日付の記入のないもの・保護者印のないものは無効です。

※証明内容に不正な事実が判明した場合は、入所を取り消す場合があります。