

## 疾病・障害・介護・看護 申立書

(宛先) 紀の川市長

ふりがな		学童保育名		学年 (R7.4.1時点)	年生
児童氏名					
ふりがな		学童保育名		学年 (R7.4.1時点)	年生
児童氏名					
ふりがな		学童保育名		学年 (R7.4.1時点)	年生
児童氏名					

疾病の場合	ふりがな		児童との 続柄	
	疾病者氏名			
	病名			
	治癒期間(予定)	未定 / 予定 年 月 日 ~ 年 月 日		
	治療内容	<input type="checkbox"/> 入院( 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院(週 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養		
	添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書(任意様式) <input type="checkbox"/> その他( )		

障害の場合	ふりがな		児童との 続柄	
	障害者氏名			
	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		

介護・看護の場合	ふりがな		児童との 続柄	
	介護・看護をする人			
	ふりがな		児童との 続柄	
	介護・看護が必要な人	(同居・別居)		
	介護・看護時間	1日 平均 時間 / 1か月 平均 日		
	介護・看護期間(予定)	未定 / 予定 年 月 日 ~ 年 月 日		
	介護・看護内容	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 衛生 <input type="checkbox"/> その他( )		
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書(任意様式) <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> その他( )			

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

入所後の調査において申立書と異なる場合は、入所を取り消されても異議ありません。

年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

# 疾病証明書

(宛先) 紀の川市長

氏名		
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) ・ その他 ( ) <input type="checkbox"/> 入院 (期間など: ) <input type="checkbox"/> 自宅療法での状況 (・常時伏臥 ・特定疾患又は感染症 ・常時安静 ・その他)	
病名		
症状		
療養状況及び児童を保育する上での困難さに関する意見 (該当するものにチェックをしてください。)	児童の保育に関して、 <input type="checkbox"/> 保育をすることができない <input type="checkbox"/> 常時、保育をすることが難しい <input type="checkbox"/> ときどき、保育をすることが難しいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど保育に支障はない	
	児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。	
治療見込み期間	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで
		<input type="checkbox"/> 未 定
上記のとおり相違ありません	医療機関名	
証明年月日	住 所	
令和 年 月 日	医 師 名	印
	電 話 番 号	

注)この疾病証明書は、保育の認定及び利用調整の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、医療機関に問い合わせることがあります。  
また、証明内容について虚偽が認められた場合は、保育の決定(内定)や実施(入所)を解除する場合があります。