

疾病（障害）状況申告書

令和 年 月 日

(宛先)鶴ヶ島市長

保育所等入所申込みに当たり、疾病等により入所希望児童の保育ができない状況について、次のとおり申告します。

申告者氏名

氏名	
児童との関係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他【 】
疾病・障害名	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅療養【 】 <input type="checkbox"/> 通院【 年 月 日より/月・週に 回/医療機関名: 】 <input type="checkbox"/> 入院【 年 月 日より/医療機関名: 】 <input type="checkbox"/> 手術【 年 月 日/医療機関名: 】 <input type="checkbox"/> その他【 】
日常生活の状況	<input type="checkbox"/> 寝たきりでほとんど動けない(介護保険利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 自分の身の回りはなんとかできる <input type="checkbox"/> 家の中での生活には支障はない <input type="checkbox"/> 外に1人で出かけられる <input type="checkbox"/> その他【 】
今後の状況	<input type="checkbox"/> 1年以上治る見込みがない <input type="checkbox"/> 【 】か月程度で治る見込み <input type="checkbox"/> すぐに治る <input type="checkbox"/> その他【 】
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳【 級】 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳【 級】 <input type="checkbox"/> その他【 】

*新規申込みの場合は、施設名は第一希望の保育園名を御記入ください。

施設名:	<input type="checkbox"/> 利用中	()歳児クラス	児童名
	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)	生	

※ 疾病等の状況確認のため、本書類及び添付書類を年度途中に再度提出していただく場合があります。

記入例

疾病（障害）状況申告書

令和 年 月 日

(宛先)鶴ヶ島市長

保育所等入所申込みに当たり、疾病等により入所希望児童の保育ができない状況について、次のとおり申告します。

申告者氏名 鶴ヶ島 太郎

氏名	鶴ヶ島 太郎
児童との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他【 】
疾病・障害名	〇〇〇病
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅療養【 】 <input checked="" type="checkbox"/> 通院【 2023 年 10 月 1 日より/月 週に 1 回/医療機関名： 鶴ヶ島大学病院 】 <input type="checkbox"/> 入院【 年 月 日より/医療機関名： 】 <input type="checkbox"/> 手術【 年 月 日/医療機関名： 】 <input type="checkbox"/> その他【 】
日常生活の状況	<input type="checkbox"/> 寝たきりでほとんど動けない(介護保険利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> 自分の身の回りはなんとかできる <input type="checkbox"/> 家の中での生活には支障はない <input type="checkbox"/> 外に1人で出かけられる <input type="checkbox"/> その他【 】
今後の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1年以上治る見込みがない <input type="checkbox"/> 【 】か月程度で治る見込み <input type="checkbox"/> すぐに治る <input type="checkbox"/> その他【 】
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳【 級】 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳【 級】 <input type="checkbox"/> その他【 】

*新規申込みの場合は、施設名は第一希望の保育園名を御記入ください。

施設名：鶴ヶ島保育所	<input type="checkbox"/> 利用中	(1)歳児クラス	児童名	鶴ヶ島 太郎
	<input checked="" type="checkbox"/> 申込中(第一希望)	R3. 5. 7生		

※ 疾病等の状況確認のため、本書類及び添付書類を年度途中で再度提出していただく場合があります。