

疾病・障害状況申告書

希望する保育の必要量
* いずれかに○

1. 保育標準時間(1日あたり11時間まで) 2. 保育短時間(1日あたり8時間まで)

【疾病】※必ず診断書等(コピー可)をつけてください。

児童の保育 * <u>いずれかに○</u>	1. 自宅での保育が不可能である 2. 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である 3. 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある 4. 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	
受 診 状 況	通院 (月 ・ 週 日程度) ・ その他 () 入院 (期間など :)
病 名	□ 国及び県の特典疾患として認定されている
症 状	
治 療 見 込 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
上記のとおり、自身の状況について申告します。 令和 年 月 日 申出者氏名 上富田町長 宛	

【障害】※必ず手帳等のコピーをつけてください。

手 帳 の 種 別 等	身体障害者手帳 級 / 精神障害者保健福祉手帳 級 / 療育手帳 A・B1・B2
児童の保育 * <u>いずれかに○</u>	1. 自宅での保育が不可能である 2. 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である 3. 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある 4. 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	
上記のとおり、自身の状況について申告します。 令和 年 月 日 申出者氏名 上富田町長 宛	

児童氏名		生年月日	年 月 日	本人との続柄	□子 □その他()
施設・事業所等の利用状況等		□利用中() □申込み中()			
児童氏名		生年月日	年 月 日	本人との続柄	□子 □その他()
施設・事業所等の利用状況等		□利用中() □申込み中()			
児童氏名		生年月日	年 月 日	本人との続柄	□子 □その他()
施設・事業所等の利用状況等		□利用中() □申込み中()			