

疾病等状況申告書

令和 年 月 日

小野町長 様

住 所  
保護者氏名  
電話番号

下記のとおり疾病等の状況について申告します。

記

疾病等がある方	氏 名	
	住 所 <small>(保護者と同じ場合は□に✓)</small>	<input type="checkbox"/> 保護者住所と同じ
	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> 祖父・祖母 <input type="checkbox"/> その他( )
疾病等の状況	病 名 <small>(疾病等、診断された名称)</small>	
	病 状	
	通院頻度	<input type="checkbox"/> 週 日 <input type="checkbox"/> 月 日
	入院予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (以下の欄に該当する手帳の内容等を記入ください)
	手帳・等級	<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"/> 療育手帳 ( 判定) <input type="checkbox"/> その他 ( )
介 護 度 <small>(支援1~2・介護1~5)</small>	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)	

※疾病等により家庭内保育ができないことが明記された書類(診断書等)又はそれに類する書類(障害者手帳又は介護保険証の写し等)を添付してください。