疾病・障がい状況申告書

　　　年　　　月　　　日

平取町長　様

保護者が疾病または障がいの状況にあることについて、次のとおり申告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 児童年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 保育所名 |  | 児童との関係 | 父 ・ 母 ・ その他（　　　　　　） |

【疾病】

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者（患者）氏名 |  |
| 傷　病　名 |  |
| 症　　　状 |  |

【障がい】（手帳のコピーを添付してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者氏名 |  |
| 手帳の種別 | 身体障害者手帳　　　級　・　精神障害者保健福祉手帳　　　級  療育手帳　　　判定 |
| 保育が困難な理由  （具体的に記入） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | （例） |
| 7：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10：00 |  |  |  |  |  |  | 通院 |
| 11：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13：00 |  |  |  |  |  |  | ﾘﾊﾋﾞﾘ |
| 14：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17：00 |  |  |  |  |  |  | 自宅療養 |
| 18：00 |  |  |  |  |  |  | が必要 |
| 19：00 |  |  |  |  |  |  |  |

【１日及び1週間の通院等の状況】