

(様式第5号)

疾病・障がい状況意見書

1 申立者記入欄 きょうだい利用の場合、「子ども氏名」・「子ども生年月日」は、上のお子さんのみ記入してください。

申請に係る 子ども氏名		申請に係る 子ども生年月日	年 月 日 () 歳児 <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	
利用施設名 ※在園児のみ記入				
申立者氏名	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい者本人 <input type="checkbox"/> 看護者		申請に係る 子どもとの 続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母

2 医療機関記入欄 文書料が必要な場合は、自己負担となります。

疾病・障がい者名				
病名				
症状				
受診状況	<input type="checkbox"/> 入院 (入院予定期間 令和 年 月まで・未定) <input type="checkbox"/> 通院・通所 (月・週 日程度) <input type="checkbox"/> その他()			
体調	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる			
保育の可否	<input type="checkbox"/> 自宅で保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅で保育が困難である <input type="checkbox"/> 自宅で保育が可能だが支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育が可能である			
保育をする 上での意見				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	年 月 日	医療機関名		
	※記入日から3か月以内有効	住所		
		氏名		

※医療機関以外で記載されたものは無効となります。

※ご不明な点は、総社市教育委員会こども夢づくり課(TEL:0866-92-8265)までお問合せください。