

(様式第5号)

疾病・障がい状況意見書

1 申立者記入 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	令和	年	月	日
利用施設名 ※在園児のみ記入			() 歳			
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(所在地) 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) までお問い合わせください。