

(様式第5号)

疾病・障がい状況意見書

保育を必要とする理由が
疾病・障がいであるときの
添付書類

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、

申請に係る 子ども氏名	総社 太郎	申請に係る 子ども生年月 日	令和 6 年 5 月 24 日
利用施設名 ※在園児のみ記入			(1) 歳
申立者氏名	総社 花子	<input checked="" 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 checked="" 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	総社 花子
病 名	●●●病
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 checked="" type="checkbox"/> 通院・通所 (月 ・ 週 3 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 checked="" 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 checked="" 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	●●●の症状があるため、保育することが難しいと考えられる
療養期間	令和 7 年 10 月 25 日 ~ 令和 8 年 4 月 25 日
令和 7 年 11 月 10 日 <small>※記入日から3か月以内有効</small>	医療機関名 ●●病院 住所(所在地) 総社市▲▲▲1-1 氏 名 医院長 □□ □□

※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。