

疾病等状況申立申告書  
 介護・看護状況申告書

八頭町長 様

令和 年 月 日

住所			
保護者氏名		児童との続柄	
児童名		生年月日	年 月 日生
		生年月日	年 月 日生
		生年月日	年 月 日生
連絡先		保育所名	保育所

疾病・介護・看護状況について、下記のとおり申告します。

【疾病】 ※診断書や病院受付カードなどのコピーをつけてください。

氏名(病気の方)	
受診状況	通院(月・週 日程度)・その他( )
	入院(期間など: )
かかりつけの医療機関	
病名	
症状	
児童の保育(該当するものにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である。
	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である。
	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある。

【障がい】 ※必ず手帳のコピーをつけてください。

氏名	
手帳の種別等	・身体障害者手帳 級 ・精神障害者保健福祉手帳 級 ・療育手帳 A・B1・B2

【介護・看護】 ※介護が必要であることがわかるもの(介護保険証の要介護度の記載内容等)をつけてください。

氏名(介護・看護を受ける方)	年齢 歳
介護・看護を受ける方の住所	
児童との続柄	児童の(父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・ )
介護・看護状況	・家事援助・食事補助・着脱補助・入浴補助 ・排せつ補助・通院(通所)補助同行・その他
入院・通院等の状況	入院・通院(通所):月・週 日程度, 在宅