

坂戸市疾病申告書

令和 年 月 日

坂戸市福祉事務所長 あて

保育所入所等申込みにあたり、疾病により入所希望児童の保育ができない状況について、次のとおり申告します。

申請者住所

申告者氏名

疾病者住所	
疾病者氏名	
電話番号	
児童との続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他【 】
疾病名	
現在の状況	☐ 自宅療養【 】 ☐ 通院 【 年 月 日より/月・週に 回/医療機関名： 】 ☐ 入院 【 年 月 日より/医療機関名： 】 ☐ 手術 【 年 月 日/医療機関名： 】 ☐ その他 【 】
日常生活の状況	☐ 寝たきりでほとんど動けない ☐ 自分の身の回りはなんとかできる ☐ 家の中での生活には支障はない ☐ 外に1人で出かけられる ☐ その他【 】
今後の状況	☐ 1年以上治る見込みがない ☐ 【 】か月程度で治る見込み ☐ すぐに治る ☐ その他【 】
添付書類	☐ 診断書 ☐ 身体障害者手帳【 種 級】 ☐ 精神障害者保健福祉手帳【 級】 ☐ その他【 】

※ 疾病状況確認のため、本書類及び添付書類を年度途中で再度提出していただく場合があります。

保護者記載欄

児童名		生年月日		本人との続柄	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況 ☐ 利用中（施設名： ） ☐ 申込中（施設名： ）					
児童名		生年月日		本人との続柄	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況 ☐ 利用中（施設名： ） ☐ 申込中（施設名： ）					
児童名		生年月日		本人との続柄	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況 ☐ 利用中（施設名： ） ☐ 申込中（施設名： ）					

診 断 書

※ 医師に記入してもらってください。

年 月 日

坂戸市福祉事務所長 あて

医療機関名
所在地
医師名

次のとおり診断する。

氏 名		生 年 月 日	
診 断 名			
初診日	年 月 日 (頃)	治療期間	年 月(頃)まで ・ 不明
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	通院回数	回／週 または 回／月
児童の保育についての所見			
☐ 自身の起居にも困難があり、保育ができない状態である。			
☐ 自身の身の辺のことはできるが、保育ができない状態である。			
☐ 自身の症状改善のため、保育をしないことが望ましい。			
その他の所見 (上記内容に補足等ありましたらご記入ください。)			

保護者記載欄

児童名		生年月日		本人との続柄	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況		☐ 利用中 (施設名:) ☐ 申込中(施設名:)			
児童名		生年月日		本人との続柄	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況		☐ 利用中 (施設名:) ☐ 申込中(施設名:)			
児童名		生年月日		本人との続柄	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況		☐ 利用中 (施設名:) ☐ 申込中(施設名:)			