

# 疾病・障がい状況申告書

保護者記入欄	児童氏名		児童生年月日	年 月 日
	第1希望の保育施設名		同一世帯入所児童名	
	保護者氏名		児童との続柄	

(あて先) 水巻町長

保護者記入欄		
児童氏名	( 年 月 日 )	保育施設名
保護者氏名	続柄：児童の( )	

※申込中の場合は第1希望の保育施設名をご記入ください。

**【障がい】 ※ 本人記入欄 ※ 障がい者手帳の交付を受けている場合は、診断書の提出は不要です。**

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
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)	

**【疾病】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)**

氏 名	
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 ( ) 入院 (期間など: )
病 名	
症 状	
療養状況及び 児童を保育する上での 困難さに関する意見 (該当するものにチェック をしてください)	<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 児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日まで
年 月 日	医療機関名
	住 所
	医 師 名

**【疾病】 ※ 本人記入欄**

児童の保育 (該当するものに チェックをして 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 <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	
年 月 日	保護者氏名

※この証明書は教育・保育給付認定および利用調整(選考)の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。記入漏れ等がある場合はお問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。  
※この証明書は、水巻町の認可保育所等の利用資格を認定(教育・保育給付認定)するための書類です。虚偽の記載・証明があった場合は、保護者の教育・保育給付認定を取り消すことがあり、保育施設・事業を利用できなくなる場合があります。また、保育に要した費用の全額または一部について、水巻町から返還を求めることがあります。

**【記入例】**

**疾病・障がい状況申告書**

保護者記入欄	児童氏名	水巻 花子	児童生年月日	令和〇年〇月〇日
	第1希望の保育施設名	水巻〇〇保育所	同一世帯入所児童名	水巻 一郎
	保護者氏名	水巻 太郎	児童との続柄	父

(あて先) 水巻町長

保護者記入欄			
児童氏名	水巻 花子	令和〇年〇月〇日	保育施設名
保護者氏名	水巻 太郎	続柄：児童の( 父 )	水巻〇〇保育所(園)

※申込中の場合は第1希望の保育施設名をご記入ください。

**【障がい】** ※ 本人記入欄 ※ 障がい者手帳の交付を受けている場合は、診断書の提出は不要です。

氏名	水巻 太郎
手帳の種別等	身体障害者手帳 2級・精神障害者保健福祉手帳 級・療育手帳 A・B1・B2
保育が困難な理由(詳しく記入してください)	〇〇〇症のため、身体障害者手帳△級の手帳の交付を受けており、 自宅において保育を行うことが大変困難である。

**【疾病】** ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

氏名	
受診状況	通院(月・週 日程度)・その他( ) 入院(期間など: )
病名	
症状	
療養状況及び児童を保育する上での困難さに関する意見(該当するものにチェックをしてください)	<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 児童を保育する上での困難さに関する意見があれば記入してください。
治療見込み期間	年 月 日から 年 月 日まで
	医療機関名
	住所
	医師名

**こちらの欄はかかりつけの先生に記入してもらってください。**

**【疾病】** ※ 本人記入欄

児童の保育(該当するものにチェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由(詳しく記入してください)	〇〇病のため、△△病院に入院しており、最近退院した。 しかし、医師から安静を指示されており、自宅における保育を行うことが大変困難である。
令和 〇年 〇〇月 〇〇日	保護者氏名 水巻 太郎

※この証明書は教育・保育給付認定および利用調整(選考)の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。記入漏れ等がある場合はお問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。  
※この証明書は、水巻町の認可保育所等の利用資格を認定(教育・保育給付認定)するための書類です。虚偽の記載・証明があった場合は、保護者の教育・保育給付認定を取り消すことがあり、保育施設・事業を利用できなくなる場合があります。また、保育に要した費用の全額または一部について、水巻町から返還を求められることがあります。