

⑦ 疾病・障がいに関する調書

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

年 月 日

子どもの 名前	フリガナ		子どもの 名前	フリガナ	
生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日	
クラス年齢	令和7年4月1日時点の年齢	令和8年4月1日時点の年齢	クラス年齢	令和7年4月1日時点の年齢	令和8年4月1日時点の年齢
	歳児クラス	歳児クラス		歳児クラス	歳児クラス
保育所等 名称	☐ 利用中 () ☐ 申請中 (転園申請含む)		保育所等 名称	☐ 利用中 () ☐ 申請中 (転園申請含む)	

疾病・障がいのある 保護者の氏名	フリガナ	
申請理由	☐ 障がい (身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳のコピーの添付が必要)	
	☐ 疾病 (⑧診断書の添付が必要)	
疾病の場合 該当する状況を選 択	☐ 入院中または入院が決定している	
	☐ 常時寝たきり	
病状・症状 保育が困難な理由	☐ 寝たきりではないが、通院加療を行い、安静が必要な状態	
	病状や症状を記入してください。またどんなときに保育が困難なのか具体的に記入してください。	

通院・入院 について	☐ 通院中 (通院頻度： 年 月 日に 回程度)
	☐ 入院中 (通院期間： 年 月 日～ 年 月 日)

備考	
----	--