

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6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス	クラス年齢	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス
☐ 保育所等を利用中（保育所等の名称： ） ☐ 申請中(転園申請含む)			☐ 保育所等を利用中（保育所等の名称： ） ☐ 申請中(転園申請含む)		

疾病・障がい 対象者氏名	フリガナ	
申請理由	☐ 疾病（診断書を添付してください）	
	☐ 障がい（身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳のコピーを添付してください）	
現在の状態	☐ 入院中または入院が決定している ☐ 寝たきりの状態 ☐ 寝たきりではないが定期通院し安静が必要な状態 ☐ 体調不良時のみ安静が必要な状態	
病状・症状 について		
保育困難な理由 (具体的に)		

通院・入院 について	☐ 通院中 【頻度： か月に 回程度】	
	☐ 入院中 【期間： 年 月 日 から 年 月 日頃まで（予定）】	
治療見込み期間	☐ 未定 / ☐ 年 月 日 から 年 月 日まで（見込み）	

備考	
----	--