

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8年4月1日時点の年齢	令和9年4月1日時点の年齢	クラス年齢	令和8年4月1日時点の年齢	令和9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 (市の指定する診断書または同様の内容が記載された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 ☐ 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・症状 保育が困難な理由	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	
----	--