

⑩ 疾病・障がいに関する調書

保護者記載欄			
児童（きょうだい連名可）		在籍及び利用（予定）施設	
フリガナ		茅ヶ崎市	
氏名		または 他市（ ）	
児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 同居祖父 <input type="checkbox"/> 同居祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	電話	

（宛先）茅ヶ崎市長/茅ヶ崎市福祉事務所長

■ 疾病の要件に該当する方

（障害者手帳をお持ちの方等障がいの要件に該当する方は裏面を記入してください）

氏名																
病名																
状態	<input type="checkbox"/> 常時寝ている <input type="checkbox"/> 常時寝る必要はないが保育は不可能 <input type="checkbox"/> 定期通院のみ															
保育が必要な理由	（症状、保育にあたって困っていることや支障があることなどを具体的に記入してください）															
1日の生活リズム	時間															
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
医療機関名																
治療頻度	<input type="checkbox"/> 通院 【月 回】 【週 回】 <input type="checkbox"/> 入院中 【 年 月 日～ 年 月 日まで】															
治療期間	<input type="checkbox"/> 完治予定 【 年 月 日頃】 <input type="checkbox"/> 完治時期未定 <input type="checkbox"/> 完治予定なし → 理由 [ ]															
提出書類	<input type="checkbox"/> ⑬診断書 →保育が必要な旨、疾病の完治期間、療養期間を記載してもら必要があります <input type="checkbox"/> 診断書に準ずる書類 ※疾病により保育ができないことがわかる書類を提出してください															

■障がいの要件に該当する方

氏名																
障がい名称																
手帳の種類 ※手帳のコピーを添付してください	<input type="checkbox"/> 療育手帳							障がいの程度	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2							
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳								総合等級〔                    〕級 (写真の隣に書かれている等級を記入してください)							
	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳								等級〔                    〕級							
	<input type="checkbox"/> 手帳等なし <input type="checkbox"/> 手帳申請中 → 手帳取得後、速やかにコピーを提出してください。															
保育が必要な理由	(障がいの状態、保育にあたって困っていることや支障があることなどを具体的に記入してください)															
1日の生活リズム	時間															
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

※福祉サービスの受給者証などの写しの提出を依頼することがありますので、ご了承ください。