

## 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

子どもの名前	フリガナ	<input type="checkbox"/> 保育所等申込中または申込予定	<input type="checkbox"/> 利用中または利用内定 (施設： )
子どもの名前	フリガナ	<input type="checkbox"/> 保育所等申込中または申込予定	<input type="checkbox"/> 利用中または利用内定 (施設： )
子どもとの続柄		<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 ( )	

疾病・障がい 対象者氏名	フリガナ
申請理由	<input type="checkbox"/> 疾病 (診断書を添付してください) <input type="checkbox"/> 障がい (身体障害者手帳・精神保健福祉手帳・療育手帳のコピーを添付してください)
現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中または入院が決定している <input type="checkbox"/> 寝たきりの状態 <input type="checkbox"/> 寝たきりではないが定期通院し安静が必要な状態 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通院中 【頻度：            月に            回程度】
	<input type="checkbox"/> 入院中 【期間：令和            年            月            日 から 令和            年            月            日頃まで (予定)】
治療見込み期間	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 令和            年            月            日 から 令和            年            月            日まで (見込み)

備考	
----	--