

## 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<br>歳児クラス | 令和7年4月1日時点の年齢<br>歳児クラス | クラス年齢  | 令和6年4月1日時点の年齢<br>歳児クラス | 令和7年4月1日時点の年齢<br>歳児クラス |
| <input type="checkbox"/> 保育所等を利用中（保育所等の名称： ）<br><input type="checkbox"/> 申請中(転園申請含む) |                        |                        | <input type="checkbox"/> 保育所等を利用中（保育所等の名称： ）<br><input type="checkbox"/> 申請中(転園申請含む) |                        |                        |

|                   |   |  |
|-------------------|---|--|
| 疾病・障がい<br>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）<br><input type="checkbox"/> 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             | <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<br><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<br>について     |   |  |
| 保育困難な理由<br>(具体的に) |   |  |

|               |   |  |
|---------------|---|--|
| 通院・入院<br>について | <input type="checkbox"/> 通院中 【頻度：  か月に  回程度】                                      |  |
|               | <input type="checkbox"/> 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       | <input type="checkbox"/> 未定 / <input type="checkbox"/> 年  月  日 から  年  月  日まで（見込み） |  |

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|