

## 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5年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	クラス年齢
	令和5年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	
【施設・園等の名称】 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望) ( )		【施設・園等の名称】 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望) ( )	

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 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>寝たきりの状態</span> <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 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>体調不良時のみ安静が必要な状態</span>
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： 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	
----	--