

疾病・障がい状況申告書

四條畷市長 宛

令和 年 月 日

保護者記入欄			
児童氏名	(年 月 日生)	保育施設名	
児童氏名	(年 月 日生)		
児童氏名	(年 月 日生)		
保護者氏名	住所：児童の()	※申込中の場合は第1希望の施設・事業名をご記入ください。	

【疾病】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

氏名			
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 ()		
病名	入院 (期間など:)		
症状			
児童を保育する上での困難さに関する意見(該当するものにチェックをしてください)	☐ 自宅での保育が不可能である ☐ 自宅での保育に支障がある 児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。		
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		

この診断により申込児童が保育要件の点数を何点と判断されたかについて、本人の同意がある場合に限り情報提供させていただきます。次のいずれかにチェックをしてください。

保育要件の点数にかかる情報提供を ☐ 希望する ☐ 希望しない

年 月 日 医療機関名
住 所
医 師 名

※医師の自署がある場合は押印不要です。

「保育が不可能である」場合とは、入院又は居宅療養で絶対安静等のため就床又は同様の状況で、日常の家事及び保育ができない状況を言います。「保育に支障がある」場合とは、それ以外の状況を言います。いずれかにチェックをしてください。 ※医師以外の証明は無効です。

【疾病】 ※ 本人記入欄

保育が困難な理由(詳しく記入してください)			
医師(主治医)より、保育要件の点数に関する情報提供の希望があった場合、今後の保育要件の判定等に資することを目的としてこれを医師に提供することに同意します。(同意する場合のみ署名してください。)			
年 月 日	保護者氏名		

【障がい】 ※ 本人記入欄(必ず手帳のコピーをつけてください。)

氏名			
手帳の種類等	身体障がい者手帳 級 ・ 精神障がい者保健福祉手帳 級 ・ 療育手帳 A・B1・B2		
保育が困難な理由(詳しく記入してください)			