

疾病・障がい状況申告書

【保護者記入欄】

申告者 氏名	姓	名	児童から 見た続柄	利用 (希望) 施設名	【保育所区分】 ☐ 認可保育所(園名:) ☐ 認定こども園(園名:) ☐ 小規模保育事業所(園名:) ☐ 届出保育施設(園名:) ☐ 企業主導型保育施設(園名:) 【利用状況】 ☐ 令和 年 月 日から利用中 ☐ 令和 年 月 日から利用開始予定 ☐ 令和 年 月 日から利用希望		
児童氏名	姓	名	姓		名	姓	名
各種障害者手帳	☐ 無 →医師による下記診断書が必要 ☐ 有 →写しの添付により診断書の省略可						
児童を保育する上での 困難さに関する状況につい て、詳細に記入してください							
疾病・障がい状況について、申告します。							
令和 年 月 日 申告者氏名 印							

【診断書(医療機関記入欄)】

氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
病名					
現在の症状					
診療見込期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
受診状況	☐ 通院(月・週 日程度) ☐ 入院(期間) ☐ その他()				
日常生活能力 の程度 ※該当するもの 一つに✓	☐ 日常生活は普通にできる。 ☐ 日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 ☐ 部分的に他者の援助(介護)がないと生活できない。 ☐ 日常生活の大半に他者の援助(介護)が必要である。 ☐ 常時援助(介護)を必要としており、身の回りのことはほとんどできない。				
保育能力の程度 ※該当するもの 一つに✓	☐ 上記の者は、療養のため児童の保育が完全にできないと考えられる。 ☐ 上記の者は、療養のため児童の保育が部分的にできないことがあると考えられる。 ☐ 上記の者は、療養を認めるが児童の保育ができると考えられる。				
令和 年 月 日	医療機関名 住所 医師名 印				

この申告書は、保育の必要性の認定の資料となるため、事実のとおりに御記入ください。必要に応じ、問い合わせすることがあります。

また、虚偽の記載を行った場合は、不利益処分を受けることがあります。

(問い合わせ先) シーオーレ新宮子育て支援課 保育所担当 Tel.092-963-2995