

施設受付印	市受付印

疾病・障害状況申立書

令和 年 月 日

下野市長 様

次のとおり、疾病・障害にあっている状況について申し立てます。

保護者 (申請者)	フリガナ			児童 との続柄	連絡先	父	-	-
	氏名					母	-	-
申請に係る 子ども	フリガナ			生年月日		年齢	性別	
	氏名			平成 令和	年 月 日	歳児	男・女	
住所	(〒 -) 下野市							
利用・申込状況	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 入園申込中		利用(申込) 施設名					
疾病・障害 のある方	フリガナ			児童 との続柄	住所	(〒 -)		
	氏名							
疾病の状況 ※診断書を添付	<input type="checkbox"/> 入院 (おおむね1ヶ月以上) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通院 1週あたり 日 1ヶ月あたり 日 病院名 () 付き添い (有・無) 付添有の場合：所要時間 (時間 分)							
障害の場合 ※手帳等の写しを添付	身体障害者手帳 _____ 級 (内容)							
	精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 (内容)							
	療育手帳 A 1・2 B 1・2							
疾病・障害期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (予定)							