

疾病・障がい状況申告書

証明様式②

施設名				
児童氏名				
児童番号		1	2	3
同一世帯の 利用児童 児童番号		1	2	3
		1	2	3

(あて先) 保健福祉センター所長

保護者記入欄	
児童氏名 (西暦・H・R 年 月 日生)	施設・事業名
保護者氏名	続柄: 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() 入院(期間など:)
病名	
症状	
療養状況及び 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)	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる 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 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
西暦 令和	年 月 日 医療機関名 住所 医師名 印

【疾病】 ※ 本人記入欄

児童の保育 (該当するものに チェックをして ください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (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。)	
西暦 令和	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	
手帳の種別等	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)	

介護・看護状況申告書

証明様式②

施設名			
児童氏名			
児童番号	1	2	3
同一世帯の 利用児童 児童番号	1	2	3
	1	2	3

(あて先) 保健福祉センター所長

保護者記入欄	
児童氏名 (西暦・H・R 年 月 日生)	施設・事業名
介護・看護者氏名	続柄: 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。

※ 介護・看護者記入欄 (介護・看護を受ける方については、疾病・障がい状況申告書を提出してください。)

介護・看護を受ける方	年齢()歳
続柄	児童の(父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・)
介護・看護を受ける方の住所	
介護・看護状況	入院・通院(通所) (月・週 日程度) ・在宅
病名	
症状 (保育が困難な理由もあわせて記入してください)	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 要介護認定 : 要介護()・要支援 介護サービス利用 : 無・有
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他
その他具体的な 介護・看護内容	

※ 介護・看護の状況について記入してください(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
～ 8:00							朝食介助
8:00 ～							
9:00 ～							
10:00 ～							} 病院通院介助
11:00 ～							
12:00 ～							昼食介助
13:00 ～							
14:00 ～							
15:00 ～							
16:00 ～							入浴介助
17:00 ～							夕食介助
18:00 ～							
19:00 ～							