疾病・障がい状況申立書

年　　月　　日

東彼杵町長　様

氏名

住所

電話番号

ふりがな				
園児氏名				
生年月日	H ・ R　年　月　日	施設名		
ふりがな				□施設名は上記と同じ
園児氏名				
生年月日	H ・ R　年　月　日	施設名		
ふりがな				□施設名は上記と同じ
園児氏名				
生年月日	H ・ R　年　月　日	施設名		

※ 申込中の場合は第1希望の施設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。）

患者氏名		子どもの	□ 父　□ 母
受診状況	□ 入院加療　□ 通院加療（ 月 ・ 週　日程度）　□ 自宅療養		
病名			
症状			
治療見込期間	年　月　日 ～　年　月　日まで		

上記のとおり診断します。

令和　年　月　日　　医療機関

住所

医師名　　印

【障がい】　※本人記入欄（必ず手帳のコピーをつけてください。）

手帳の種別	□ 身体障害者手帳　級 □ 精神障害者保健福祉手帳　級 □ 療育手帳　A1　A2　B1　B2
保育が 困難な理由	

※ 上記内容を審査した上で、保育が必要でないと判断した場合は、利用（継続）を承諾いたしかねますので、ご了承ください。