

## 療養状況申告書

平成 年 月 日

可児市長 様

(保護者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
(自署又は記名押印)

児童氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日生

療養の状況を次のとおり申告します。

療養者氏名		児童との 関 係	父・母・兄弟姉妹 祖父・祖母 その他 ( )
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
病 名			
療 養 状 況	病 (医) 院 名 称		
	通院の場合	通院開始年月日	年 月 日
		通 院 回 数	週に 回位
	入院の場合	入院 (予定) 年月日	年 月 日
入 院 見 込 期 間		今後 か月位	

※現在治療を受けていないが、疾病や障がいの後遺症等のために自宅療養をしている場合等

具体的な状況	
--------	--

保育を必要とする理由	
------------	--

## ※添付書類

- ・身体障がい者手帳、療育手帳等の写し
- ・医師が発行する診断書 (上記手帳がない場合)