療養状況申告書

		-
在.	月	
	Л	

可児市長 様

	<u>住</u> 所				
(保護者)					
	氏 名				ED
			(自	署又は記	名押印)
		児童氏名			
		生年月日	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・! 祖父・ その他(
生年月日		年 月 日	(歳)	
病名					
	病(医)院 名 称				
	通院の場合	通院開始年月日		年 月	目
療養状況		通院回数	週に	回位	
	1 陸の担入	入院 (予定) 年月日		年 月	日
	入院の場合	入院見込期間	今後	か月位	Ĺ

\•	(現	/ ` \/ \	声 チュ	亚.)、	上〜)	\ \ \ \	コ マスき		この存むさい	\ M 18	7、电点分	ケのチュ	みりァ ピ	7 / 一次 広 子	÷ チ. 1	~) \	フ!		<i>₩</i> ₩
•>	(• III /	+ /=	熔を	7	7 ((/ 17 C	, [/ , 2)]	~ 海派	ころに置いる	/ 1 (/) 47	負責症等	ラ(ノ) / こ 人	2) // E	1 4 将 春	こか し	. (1/)	\sim	場合	=
/•	/ - YE	1_	/ATS ('-	× 1	, ,	()	//	\ //\//r:	1 / L // · /	· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	とんだんにんて	エマンノにぃ	ン(〜 L	//T. R		/ C V	(a) 5	//// 🗀	$\overline{}$

_**現住宿僚を受けり	(いないが、疾病や障がいの後退症等のために自毛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)