**療　養　状　況　申　告　書**

**④**

　　年　　月　　日

可児市長　様

住　所

（保護者）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（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・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）