疾病状況申立書

令和　　年　　月　　日

大竹市長　様

【申立保護者】

住　所	大竹市		
氏　名		児童との続柄	
電話番号			

※医師の意見書を添付してください。（家庭での保育が困難である旨の記載が必要です。）

ふりがな 氏　　名		児童との続柄	
生年月日	年　　月　　日		
住　　所	※申立保護者と同じ場合は記入不要		
病　　名			
受診状況について ※現在、または今後の予定を記入	□入院（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日・未定　）		
	□通院　（　週　・　月　）　　回		
	□自宅療養		

児童名		生年月日	令和　　年　　月　　日	施設名	□申込中 □利用中
児童名		生年月日	令和　　年　　月　　日	施設名	□申込中 □利用中
児童名		生年月日	令和　　年　　月　　日	施設名	□申込中 □利用中

※施設名は、申込中の場合第１希望の施設名を記入してください。