

申 告 書

申告者 氏 名		年 齢 (4/1時点)	歳	児童から 見た続柄	
------------	--	----------------	---	--------------	--

以下の事項について、申告します。

令和 年 月 日

申告者氏名

※必要に応じ、記載内容について問い合わせることがあります

児童を保育する
上での困難さに
関する状況

□ 介護・看護等	介護・看護 を受ける方		年 齢 (4/1時点)	歳	申告者から 見た続柄																																					
	事 由	<input type="checkbox"/> 障害による … 各種障害者手帳の写しを添付 <input type="checkbox"/> 介護認定等による … 介護保険証の写しを添付 <input type="checkbox"/> その他 … 診断書等証明できるものを添付																																								
	介護・看護 状 況	1. 頻度 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> その他 () 2. 介護・看護等時間 <table border="1"> <tr> <td>6時</td><td>7時</td><td>8時</td><td>9時</td><td>10時</td><td>11時</td><td>12時</td><td>13時</td><td>14時</td><td>15時</td><td>16時</td><td>17時</td><td>18時</td><td>19時</td><td>20時</td><td>21時</td><td>22時</td><td>23時</td> </tr> <tr> <td colspan="18"> <div>内容</div> <div> <div>(例) ←————→ ←————→ ←————→ ←————→</div> <div> <div>介護</div> <div>家事</div> <div>通院</div> <div>介護</div> </div> </div> </td> </tr> </table>					6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時	<div>内容</div> <div> <div>(例) ←————→ ←————→ ←————→ ←————→</div> <div> <div>介護</div> <div>家事</div> <div>通院</div> <div>介護</div> </div> </div>																	
	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時																								
<div>内容</div> <div> <div>(例) ←————→ ←————→ ←————→ ←————→</div> <div> <div>介護</div> <div>家事</div> <div>通院</div> <div>介護</div> </div> </div>																																										
通所・通院先	名称 担当者 連絡先																																									
□ 疾病・障害	事 由	<input type="checkbox"/> 障害による … 各種障害者手帳の写しを添付 <input type="checkbox"/> 疾病による … 医師による診断書（原本） <input type="checkbox"/> その他 … 証明できる書類の写し																																								
	疾病・障害 状 況	1. 通院頻度 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> その他 () 平均 ____ 時 ____ 分から ____ 時 ____ 分まで 1日あたり ____ 時間 2. 入院（予定） 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日から 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで																																								
	通所・通院先	名称 担当者 連絡先																																								

※事実確認のため、医療機関等に問い合わせることがあります

※虚偽の記載は無効です

（問い合わせ先）久山町教育委員会教育課092-976-1111