

# 疾病状況申告書

(保護者記入欄)

保護者

住所 松茂町

氏名

児童との続柄

児童名

保育所等名

\*新規の方は保育所等欄空けておいてください。

障害者手帳の有無	有・無	( )手帳 ( 級)
保育が困難な理由		

(医療機関記入欄)

受診状況	通院(月・週 日程度) その他( )
病名	
症状 (保育が困難な理由 もあわせて記入して ください)	入院・通院(通所)(月・週 日程度)・在宅
病名	
治療見込み期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
備考	
上記のとおり 疾病していることを証明いたします。	
松茂町長 殿	
証明年月日 令和 年 月 日	医療機関名 医師 電話番号
	印