

疾病・障害状況申告書 (手帳の写し・診断書のいずれかを添付)

氏名											
障害・疾患名											
障害者手帳	無・有	診断書	無・有								
障害・病状(□常時臥床 □1ヶ月以上の自宅安静 □慢性・長期疾患による自宅療養)											
通院先等 _____ 住所 _____ 頻度 _____ 治療・服薬状況 _____											
治癒・軽快の見込み 無・有 (頃)											
育児・家事等の状況											
ヘルパー等の利用 有・無											
利用サービス内容 _____ 週・月 _____ 日 時間 _____ ~ _____ _____ 週・月 _____ 日 時間 _____ ~ _____ _____ 週・月 _____ 日 時間 _____ ~ _____											
幼稚園・一時保育・子育て支援ヘルパー等で対応できない理由											
1日のスケジュール(通常時)											
7時	8時	9時	10時	11時	12時	1時	2時	3時	4時	5時	6時
1日のスケジュール(通院時等)											
7時	8時	9時	10時	11時	12時	1時	2時	3時	4時	5時	6時

第1希望又は
利用中保育園

_____ 保育園 児童名 _____