

疾病療養状況申告書

療養者氏名		生年月日	大正 昭和 平成	(満 歳) 年 月 日	利用児童 との続柄
現 状	居宅療養 ・ 入院中 (入院先 医療機関名 :) ・ その他				
療養期間 (予定)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
疾病名称					
保育できない 状況 (具体的に)					

【通院状況（入院中以外の方）】

医療機関名称	自宅からの距離・時間	通院状況 (先月通院した全ての日を「○」印で 囲んでください。)	1回あたりの診療時間 (待合時間含む)
①	距離 km	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	時間 分
	所要時間 時間 分	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	
		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
②	距離 km	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	時間 分
	所要時間 時間 分	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	
		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	

上記のとおり疾病の療養中であることを申告します。

令和 年 月 日

大和町長 殿

申告者 住 所 _____

氏 名 _____

※障害者手帳等の写しまたは病院からの診断書等を添付してください。

※ 施設使用欄 保護者の方は記入しないで ください。	施設名	児童名	学 年 : 児童CD :
----------------------------------	-----	-----	-----------------