

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)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	時間 分
	所要時間	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	
	時間	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
②	距 離	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	時間 分
	所要時間	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	
	時間	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 _____ (印)

添付書類：診断書（保育を必要とするものの記載があるもの）、

または身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の写し

児童氏名	児童生年月日	利用施設名
	平成・令和 年 月 日	