

傷病・障害状況申告書

府中町長 宛

令和 年 月 日

申告者 住所 府中町
氏名

(児童との続柄)

次の状況により保育ができないため、子育てのための施設等利用給付の認定を希望します。

傷病又は障害のある保護者氏名			
【傷病】 傷病名 _____ 通院 平成・令和 年 月 日から ※上記の傷病で最初に通院を開始した日を記入 (現在通院中の病院でなくても可) 通院回数 _____回／月 通院先 _____ ※医師の診断書(町指定様式)を添付してください。 入院をする場合は、期間を記入してください。 (現在入院中、入院予定も含む) 令和 年 月 日～令和 年 月 日(□未定) 入院先 _____	【障害】 手帳 ☐ 有 ☐ 無 ・「有」の場合 (手帳のコピーを添付してください) 手帳名 _____ 級(度) ・「無」の場合 (医師の診断書(町指定様式)を添付してください) 診断名 _____ 通院 平成・令和 年 月 日から ※上記の傷病で最初に通院を開始した日を記入 (現在通院中の病院でなくても可) 通院回数 _____回／月 通院先 _____		
育児をすることが困難である具体的な状況を記入してください。			

◆保護者記入欄

児童	氏 名			
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	利用(予定)施設名			