

## 疾病・介護・看護状況申告書(支給認定申請添付書類)

(あて先) 阿南市長

保護者	(氏名)	子どもとの続柄
	(住所)	

(申込中の場合は、第1希望の施設名をご記入ください。)

施設名	子ども氏名	子ども生年月日
		H・R 年 月 日( )歳児
		H・R 年 月 日( )歳児
		H・R 年 月 日( )歳児

注) 子どもの保護者が、家庭において保育できない事情を明らかにするための書類です。

事実のとおりにご記入ください。必要に応じて、医療機関に問い合わせることがあります。

虚偽の記載があった場合は、施設利用の取消や、保育に要した費用の返還を保護者に求めることがあります。

### ◆保護者が疾病の場合

※太枠内、医療機関記入欄

氏名			
受診状況	□通院(月・週 日) □その他( )		□入院(期間: )
病名			
症状			
状態	□ 常時病臥 □ 要安静(常時病臥に至らない程度) □ 自身の身辺処理可能		
子どもの保育に関して	□ 自宅での保育が不可能 □ 自宅での保育が可能 (子どもを保育する上での困難さに関するご意見があればご記入ください。)		
治療見込み期間	平成 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで
医師の証明	上記のとおり相違ありません		医療機関名 令和 年 月 日 住所 医師名 <span style="float: right;">(印)</span>

### ◆保護者が親族の介護・看護をしている場合

※ あわせて「介護・看護状況申告書(追加書類)」の提出も必要です。

※太枠内、医療機関記入欄

介護・看護をされる方		子どもとの続柄
介護・看護を受ける方	氏名	住所
介護・看護状況	□家事援助 □食事援助 □着脱衣補助 □入浴補助 □排泄補助 □通院(通所)同行 □その他	
その他具体的な介護・看護内容		
介護・看護に要する時間	平日(月・火・水・木・金) 時 分～ 時 分	土曜 時 分～ 時 分
病名		
症状		
状態	□ 常時病臥 □ 要安静(常時病臥に至らない程度) □ 自身の身辺処理可能	
治療見込み期間	平成 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで
医師の証明	上記のとおり相違ありません	
	医療機関名 令和 年 月 日 住所 医師名 <span style="float: right;">(印)</span>	