|  |  |
| --- | --- |
| 入所（申込み）施設名 |  |
| 入所（申込み）児童氏名 |  |
|  |  |
|  |  |

疾病看護申立書

阿久比町長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 傷病者氏名 | （年齢：　　歳） | 児童との続柄 |  |
| 傷病名 |  |
| 発症時期 | 年　　　月頃 | 治癒の見込み | 年　　月頃　 |
| 手帳の種類 | 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳（№　　　　　）　　種　　級・判定　　等級　（交付：　　　年　　月　　日） |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 入院通院の別 | 入院通院 | 入院期間：　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 通院回数 | 月　　回　・　週　　回　／　　　時　　分　～　　時　　分 |
| 看護日数 |  | 看護時間 |  |
|  ・傷病者の状況

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

 ・日常生活に与える影響

|  |  |
| --- | --- |
| ・家事 |  |
| ・育児 |  |

 ・看護が必要な場合

|  |  |
| --- | --- |
| 看護者氏名： | （児童との続柄：　　　） |

 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

※傷病者が65歳未満の場合は、「疾病証明書（様式第１号）」または診断書を必ず添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ 調査確認欄（記入不要） | 上記のとおり相違ないことを申し立てます。令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住所 |  |
| 保護者 |  |  |
|  | 氏名 |  |

（注）事実と相違した場合は、保育所入所を取り消すことがあります。 |
|
|  　 　年　月　日 訪問・電話・来所 担当者 　  |