

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 (No. _____) 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)
年 月 日 訪問・電話・来所 担当者

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。