

|            |                          |          |  |
|------------|--------------------------|----------|--|
| 児童氏名（生年月日） | （      年      月      日生） | 在園中・利用希望 |  |
|            | （      年      月      日生） | 保育園・認定   |  |
|            | （      年      月      日生） | こども園名    |  |

疾病・障害 申出書

児童の保護者等が疾病や負傷の場合、また、障害を有する場合

|        |                       |                                   |        |  |
|--------|-----------------------|-----------------------------------|--------|--|
| 保護者等氏名 |                       |                                   | 児童との続柄 |  |
| 住 所    |                       |                                   |        |  |
| 疾病・負傷  | 疾病、負傷等の名称、状況、治療見込み期間等 |                                   |        |  |
| 障害     | 保有する手帳の種類、また障害の程度等    | ・身体障害者手帳    ・精神障害者保健福祉手帳    ・療育手帳 |        |  |
|        |                       | 障害の種別                             | 程度・等級  |  |

○診断書あるいは保有する障害等手帳の写しを提出してください。  
○診断書を添付する方は、一定期間ごとに診断書の再提出を求めることがあります。

|         |                                                                  |                                                                      |
|---------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| ※確認者記入欄 | <input type="checkbox"/> 診断書添付<br>（有効期限                      まで） | <input type="checkbox"/> 手帳等のコピー添付<br>（有効期限                      まで） |
|---------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

※有効期限が定められていない場合、1年ごとに診断書を再提出

上記の申出を確認しました。

年              月              日

■ 確認者

○所属    ・ 佐渡市役所 \_\_\_\_\_ 支所              行政 S C                      課                      係

・ 保育園・認定こども園名              \_\_\_\_\_

○役職・氏名              \_\_\_\_\_ 印

## 記入例

|            |                   |          |       |
|------------|-------------------|----------|-------|
| 児童氏名（生年月日） | 佐渡 花子（〇〇年〇〇月〇〇日生） | 在園中・利用希望 | 〇〇保育園 |
|            | （ 年 月 日生）         | 保育園・認定   |       |
|            | （ 年 月 日生）         | こども園名    |       |

## 疾病・障害 申出書

児童の保護者等が疾病や負傷の場合、また、障害

父・母・祖父・祖母  
など。

|        |                       |                                                               |          |   |
|--------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|----------|---|
| 保護者等氏名 |                       | 佐渡 太郎                                                         | 児童との続柄   | 父 |
| 住 所    |                       | 佐渡市千種232番地                                                    |          |   |
| 疾病・負傷  | 疾病、負傷等の名称、状況、治療見込み期間等 | 疾病名称：□□□□<br>治療見込み期間：3年                                       |          |   |
| 障害     | 保有する手帳の種類、また障害の程度等    | <input checked="" type="radio"/> 身体障害者手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 療育手帳 |          |   |
|        |                       | 障害の種別 〇〇〇〇                                                    | 程度・等級 〇級 |   |

○診断書あるいは保有する障害者手帳を添付する方は、必ず添付してください。

手帳・診断書等の期限が切れる場合、更新後に再度コピーを提出してください。  
※有効期間が定められていない場合、原則1年ごとに診断書を再提出いただきます。

添付してください。

|         |           |           |       |
|---------|-----------|-----------|-------|
| ※確認者記入欄 | □診断書      |           | コピー添付 |
|         | （有効期限 まで） | （有効期限 まで） |       |

※有効期限が定められていない場合、1年ごとに診断書を再提出

上記の申出を確認しました。

年 月 日

### ■確認者

○所属 ・ 佐渡市役所 支所 行政SC 課 係

・ 保育園・認定こども園名

○役職・氏名 印