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

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 | □診断書添付  （有効期限　　　　　　まで） | □手帳等のコピー添付  （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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  保育園・認定  こども園名 | 〇〇保育園 |
| （　　　年　　月　　日生） |  |
| （　　　年　　月　　日生） |  |

記入例

疾病・障害　申出書

父・母・祖父・祖母

など。

**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 | | 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：□□□□  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 | ・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  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。 | 程度・等級　〇級 | | |

**○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 | □診断書添付  （有効期限　　　　　　まで） | □手帳等のコピー添付  （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