

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		
		障害の種類	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ています。

※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 S C 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	〇〇保育園
		保 育 園 ・ 認 定	
		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。

保護者氏名	佐渡 あかね	児童との続柄	父
住 所	佐渡市千種232番地		
疾病・負傷	疾病名称: □□□□ 治療見込み期間: 3年		
障 害	○身体障害者手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 療育手帳		
	障害の種類	程度・等級	
	〇〇〇〇	〇級	

○診断書あるいは保有する障害等手帳・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。		があります。
○診断書を添付する方は、一定期間※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。		
※確認者記入欄	□診断書添付(有効期限	のコピー添付(有効期限

※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