

疾病・出産・看護等の届出書

開成町長 あて

年 月 日

住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 () _____

下記のとおり届出します。

なお、入所(園)後の調査において届出書と異なる場合は、入所を取り消されても異議を申し立てません。

疾病・出産・看護等の状況（該当する事由の欄に記入してください）

出 産	☐ 出産予定日 年 月 日 <u>※母子健康手帳(母の氏名と出産予定日の分かるページ)の写しを添付してください</u> 特記事項 () ☐ 出産日 年 月 日
病 気 障 がい	傷病名 () 全治見込み年月 (年 か月) ☐ 通院 (月・週 回) ☐ 入院 (年 月 日から 年 月 日まで) ☐ 自宅療養 <u>※診断書を添付してください。</u> 心身障がい 手帳の有無 ☐ 有 (級 種 障がい名) ☐ 無 <u>※手帳(氏名と等級の分かるページ)の写しを添付してください</u>
看 護 介 護	氏名 () 続柄 () 傷病名 () 全治見込み年月 (年 か月) 状況 ☐ 通所・通院 (月・週 回) 病院・施設名 () ☐ 入院 ☐ 自宅療養 <u>※証明書等を添付してください。</u>
虐待 DV	
災害等 そ の 他	

児 ふりがな 童 名	生年月日	第 1 希望施設名	
	年 月 日		☐ 申込 ☐ 入所(園)中