

## 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	<input type="checkbox"/> 出産予定日 年 月 日 ※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 特記事項 ( )  <input type="checkbox"/> 出産日 年 月 日
病 気 障 がい	傷病名 ( ) 全治見込み年月 ( 年 か月) <input type="checkbox"/> 通院 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 入院 ( 年 月 日から 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <span style="float: right;">※診断書を添付してください。</span> ----- 心身障がい 手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 種 障がい名 ) <input type="checkbox"/> 無 ※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
看 護 介 護	氏名 ( ) 続柄 ( ) 傷病名 ( ) 全治見込み年月 ( 年 か月) 状況 <input type="checkbox"/> 通所・通院 (月・週 回) 病院・施設名 ( ) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <span style="float: right;">※証明書等を添付してください。</span>
虐待 DV	
災害等 その他	

児 <small>ふりがな</small> 童 名	生年月日	第 1 希望施設名	
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 入所(園)中