

疾病等申立書

保護者記入欄 (本人が記入し、手帳の写しまたは診断書を添付してください)			
子ども氏名			
子ども生年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
この申立書の保護者氏名			子どもとの続柄
保護者住所	奈良市		
病名		いつから	平成・令和 年 月 日
障がいの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 精神手帳1級 <input type="checkbox"/> 第1種身障手帳1～4級 <input type="checkbox"/> 療育A1・A2 <input type="checkbox"/> 精神手帳2級 <input type="checkbox"/> 第2種身障手帳2～4級 <input type="checkbox"/> 療育B1 <input type="checkbox"/> 精神手帳3級 <input type="checkbox"/> 第2種身障手帳5級以下 <input type="checkbox"/> 療育B2	
入院の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (入院施設及び入院期間を記入)	入院施設 () 入院期間 (平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日)	
通院の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院施設及び通院頻度を記入)	通院施設 () 通院頻度 ()	
病気・障がいの状況 (家庭保育が困難な理由を具体的に記入ください)			
証明書類※3	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書 (入院・治療期間、病状等記載のもの) <input type="checkbox"/> 自立支援医療費受給者証の写し		
(宛先)奈良市長 上記のとおり相違ないことを申立します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日 申立</div> <div style="text-align: center;"> 申立者氏名 _____ (印) 電話番号 _____ </div>			

※1 この申立書は特定教育・保育施設の利用調整事務に使用するものです。申立内容について担当課より照会させていただくことがありますのでご了承ください。

※2 申立内容に虚偽があった場合は、保育の利用申込又は継続利用を取り消します。

※3 申立内容の証明書類として必ずいずれかの書類を添付してください。