

傷病・障害状況申告書（保護者が傷病・障害の場合）

令和 年 月 日

名取市長 あて

住 所 名取市

保護者名 _____

(^{入所}_{申込}児童名： _____)

次のとおり申告します。

傷病又は障害のある保護者名	
【傷 病】 傷病名 _____ ☐ 入院 令和 年 月 日から ☐ 通院 令和 年 月 日から （通院回数 回／月） 入院・通院の終了予定日 <u>令和 年 月 日頃 予定・未定</u> 入院・通院先の病院名 _____ ※医師の診断書を添付	【障 害】 手帳 ☐ 有 ☐ 無 「有」の場合（※障害者手帳のコピーを添付） 手帳名 _____ 級(度) 「無」の場合（※医師の診断書を添付） 診断名 _____
次の質問に○印をつけてください。 1 外出時（買い物等）の手助けは必要ですか。（はい・いいえ） 2 衣服の着脱の介助が必要ですか。（はい・いいえ） 3 食事の準備、摂取及び後片付けの手助けが必要ですか。（はい・いいえ） 4 排泄行為の手助けが必要ですか。（はい・いいえ） 5 入浴の介助は必要ですか。（はい・いいえ） 6 屋内及び屋外での移動（歩行等）の介助が必要ですか。（はい・いいえ） 7 多動又はパニック等の不安定な行動はありますか。（はい・いいえ） 8 不眠等の睡眠障害はありますか。（はい・いいえ） 9 自傷行為並びに他人（子ども等）及び物に対する粗暴な行為はありますか。（はい・いいえ） 10 日常生活における不安、悩み等に関する相談（カウンセリング）をしていますか。 （はい・いいえ）	
具体的な状況を記入してください。	

※医師の診断書又は障害者手帳のコピーを添付してください。