

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

名取市社会福祉事務所長 あて

住 所 名取市 _____

保護者名 _____

(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 _____ <input type="checkbox"/> 入院 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 通院 令和 年 月 日から (通院回数 回/月) (1回あたりの平均所要時間 時間 分) 入院・通院の終了予定日 令和 年 月 日頃 予定・未定 入院・通院先の病院名 _____ ※医師の診断書を添付	【障 害】 手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。