

病気・障がい等申告書

留守家庭子ども会名 () 小留守家庭子ども会
 申込児童名 () ・学年 () 年

(該当する方全員)

該 当 す る 項 目 に 記 入 し て く だ さ い	氏名・児童からみた続柄		()	()	
	病 気 ・ 障 が い	病名・障がい名			
		病 院 名			
		期 間		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
		手帳の種類 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳
	看 護 ・ 介 護	看護等対象者氏名(続柄)		氏名 続柄	氏名 続柄
		病名・障がい名			
		状況(入院・通院等)			
		病院・施設名			
		期 間		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
		付き添い期間		1か月あたり 日 時 分～ 時 分	1か月あたり 日 時 分～ 時 分
		手帳の種類 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳
	出 産	出産(予定)日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
		就 学	学 校 名		
	受 講 状 況		1か月あたり 日 時 分～ 時 分	1か月あたり 日 時 分～ 時 分	
期 間			年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	
学校までの通学時間			時間 分(片道)		

(宛先) 福岡市長

上記のとおり相違ないことを申告します。

令和 年 月 日

保護者氏名
(申告者)

(印)

※申告者本人が署名する場合は押印を省略することができます。

(福岡市子ども未来局放課後子ども育成課・留守家庭子ども会入会申込用)