

# 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)

㊟

※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)