

疾病・障がい状況申告書

天理市長 様

保護者記入欄		
園児氏名 (年 月 日生)	幼稚園名	
園児氏名 (年 月 日生)		
園児氏名 (年 月 日生)		
保護者氏名	続柄：園児の()	<input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 申込中

【障がい】 障がい者手帳・療育手帳等の写しを添付してください。

【疾病】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

証明対象者氏名	
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 ()
	入院 (期間など:)
病名	
症状	
療養状況 (該当するものにチェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 入院・伝染病・常時病臥 <input type="checkbox"/> 保育困難
	ご意見があれば記入してください。
治療見込み期間	<input type="checkbox"/> 当分の期間、完治の見込みなし
	<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日までの見込み
年 月 日	医療機関名
	住所
	医師名 印