

# 疾病・介護等申告書

|         |       |
|---------|-------|
| 施設・事業所名 |       |
| 児童氏名    |       |
| 生年月日    | 年 月 日 |
| 保護者氏名   |       |

|                           |                             |              |           |
|---------------------------|-----------------------------|--------------|-----------|
| 疾病者・介護者氏名                 |                             |              |           |
|                           | 児童との続柄<br>父・母・祖父・祖母・その他 ( ) |              |           |
| 保育が困難な理由<br>(該当するものを○で囲む) | 疾病の場合                       | 疾 病 名        | 疾 病 の 内 容 |
|                           |                             |              |           |
|                           | 家族介護の場合                     | 介 護 者 名      | 介 護 の 内 容 |
|                           |                             |              |           |
|                           | その他                         | 内 容          |           |
|                           |                             | 裏面に記入してください。 |           |

上記のとおり申告します。

令和 年 月 日

さくら市長 様

申告者住所

氏名

Ⓜ

(TEL

)

※ 疾病者が申告できない場合

代理申告者氏名

Ⓜ

疾病者との続柄

