（小金井市保育課☎042-387-9846）

疾病、障がい、介護、看護申告書

＜申告者記入欄＞

（宛先）小金井市長　　記入日　　年　月　日

申請児童名		生年月日	年　月　日生
申請児童名		生年月日	年　月　日生
申請児童名		生年月日	年　月　日生

・本申告書に関連し、虚偽の申告が発覚した場合は、入園申請及び入園を無効（退園）とします。
・本申告書の内容について、必要に応じて病院や施設等に照会します。

上記に同意の上、下記のとおり申告します。　申請者（保護者）名＿＿＿＿＿＿＿＿

疾病・障がい状態、被介護・看護にある方	ふりがな 氏名		申請児童との続柄	
	住所	□申請児童と同じ・□その他（　　）		

申告する項目を〇で囲み、内容等を記入してください。

疾病

※裏面は記入不要です。

疾病名：＿＿＿＿＿＿

病院名：＿＿＿＿＿＿　病院連絡先：＿＿＿＿＿＿

※「疾病申告に係る診断書」をご提出ください。

障がい

※裏面は記入不要です。

手帳の有無　無・有（手帳名　　、　　級・度）

※手帳の写しをご提出ください。

介護・看護

病名・障がい名：＿＿＿＿＿＿　等級：無・有（　種　級、　度）

※介護保険被保険者証、手帳等の写し、医師による診断書（治療予定期間が記載されたもの）等をご提出ください。

＜自宅外の場合＞

通所・入所施設名：＿＿＿＿＿＿　施設連絡先：＿＿＿＿＿＿

通所・入所期間（　年　月　日から　年　月　日まで　・　終了未定　）

※裏面のタイムスケジュール表に、上記の状況が分かるようにご記入ください。

（表面）　裏面有

※「介護・看護」で申告をされる方は、必ずご記入ください。

タイムスケジュール表

時間	例	月	火	水	木	金	土	日
6時								
7時	家事							
8時								
9時								
10時	通院（介護付添）							
11時								
12時								
13時	休憩							
14時	家事							
15時								
16時	自宅内介護							
17時								
18時								
19時	家事							
20時								
21時								
22時								
	実時間数 7.5	実時間数	実時間数	実時間数	実時間数	実時間数	実時間数	実時間数

【記入上の注意】

1　スケジュールについては、活動場所を含め、可能な限り具体的にご記入ください。
2　記載事項につき不明点がある場合には内容を照会させていただきますのでご了承ください。
3　記載内容を訂正する場合は二重線で削除してください。修正液等による訂正は無効となります。
4　記載内容で審査しますので、記入ミスや漏れの無いようご記入ください。
5　就労等との複数類型で申請する場合、就労等の時間もご記入ください。

（裏面）　表面有