

疾病・障害、介護等申告書

＜申告者記入欄＞

(宛先) 小金井市長

年 月 日

申請児童名		生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
申請児童名		生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
申請児童名		生年月日	年 月 日生 (歳 か月)

- ・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。
- ・診断書等の必要な添付書類がない場合、入所審査で不利になる場合があります。

上記に同意の上、下記のとおり申告します。 申告者署名 _____

疾病・障害状態、 被介護等にある方	氏名			
	住所			
	申請児童との続柄			

申告する項目を○で囲み、内容等を記入してください。

疾 病	疾病名： _____ 病院名： _____ 病院連絡先： _____ ※ 診断書を提出してください。 <通院の場合> 通院開始日 (年 月 日から) 通院頻度 (回/週) 通院終了予定日 (年 月 日 ・ 未定) <入院の場合> 入院期間 (年 月 日から 年 月 日まで ・ 終了未定)
障 害	手帳の有無 無・有 (手帳名 _____、 級・度) ※ 手帳のコピーを提出してください。 <手帳が無い場合は診断名等を記入してください。> 診断名： _____ 診断を受けた病院名： _____ 病院連絡先： _____ ※ 診断書を提出してください。 <通院の場合> 通院開始日 (年 月 日から) 通院頻度 (回/週) 通院終了予定日 (年 月 日 ・ 未定) <入院の場合> 入院期間 (年 月 日から 年 月 日まで ・ 終了未定)
介 護 等	病名・障害名： _____ 等級： 無・有 (種 級、 度) ※ 介護保険被保険者証、手帳等のコピー、診断書等を提出してください。 <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必ず記入してください。

(表面) 裏面有

問合せ先 小金井市保育課 電話042-387-9846 (直通)

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 昼食							
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 記載内容を訂正した場合は必ず訂正印を押印してください。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。

(裏面) 表面有

問合せ先 小金井市保育課 電話042-387-9846 (直通)