

疾病・障がい状況申告書

入所希望児童名	生 年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

【疾病】

病 名	
受 診 状 況	通院（月・週 日程度） 入院（期間等： ） その他（ ）
治療見込期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
保育が困難な理由	
【備考】 医師の診断書を添付してください。	

【障がい】

手帳の種別等	身体障害者手帳（ ）級 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 療育手帳（ A ・ B1 ・ B2 ）
保育が困難な理由	
【備考】 手帳の写しを添付してください。	

※上記の申告が事実と相違した場合は、入所を承諾できない場合があります。

上記のとおり申告します。

年 月 日

申 告 者 住 所 半田市_____

氏 名 _____