

病気・障害等申告書

放課後 キッズクラブ名 (東希望が丘 小学校放課後 キッズクラブ) 申込
児童氏名・学年 (・ 第 学年)

※該当する方全員

該 当 す る 項 目 に 記 入 し て く だ さ い 。	利用児童との続柄			
	病 気	病名		
		状況	・ 入院 ・ 寝たり起きたり ・ 通院 ・ 寝たきり	・ 入院 ・ 寝たり起きたり ・ 通院 ・ 寝たきり
		病院名		
		期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
		通院・往診状況	(通院) 月・週 回 (往診) 月・週 回	(通院) 月・週 回 (往診) 月・週 回
	看 護 ・ 介 護	病人・障害者氏名 (続柄)		
		病名・障害名		
		状況 (入院・通院等)		
		病院・施設名		
		付き添い期間	月・週 日 時 分 ～ 時 分	月・週 日 時 分 ～ 時 分
	障 害 者	手帳名		
		障害名		
	出 産	出産 (予定) 日	年 月 日	年 月 日
	備 考			

(宛先) 東希望が丘 小学校放課後キッズクラブ運営法人代表者 上記のとおり相違ないことを申告します。

年 月 日 保護者氏名 (申告者)

※「出産」については、原則として、出産 (予定) 日から起算して8週間前の日の属する月の1日から、出
産日から起算して8週間後の日の翌日の属する月の末日までです。~~(多胎妊娠の場合は、出産 (予定日)~~
の前14週間、後8週間となります。)