

病気・障害等申告書

放課後キッズクラブ名 (西前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 ・通院	・寝たり起きたり ・寝たきり	・入院 ・通院	・寝たり起きたり ・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～ 日 時 分		月・週 日 時 分～ 日 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）西前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。）

(横浜市・放課後キッズクラブ利用申込書用)