

児童氏名 生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	保育施 設等名
--------------	--------	--------	--------	------------

現況申立書（疾病・障がい・介護等）

（あて先）那珂川市長

年 月 日

下記の者は、以下のとおり児童を保育できないことを申し立てます。

（対象となる）保護者氏名 _____
※自署または記名押印

児童との続柄 _____ 生年月日 _____ 年 月 日（ 歳）

保育を必要とする理由

①疾病・負傷・障がいの場合 <small>※診断書を添付してください。 <small>※障害者手帳等の交付を受けている場合は写しを添付してください。</small></small>	疾病・障がい名				入院・通院・自宅療養		
	手帳の種類 <small>※交付を受けている場合</small>	身体障害者手帳 _____ 級（障がい名： _____） 療育手帳 A1・A2・A3・B1・B2 精神障害者保健福祉手帳 _____ 級					
	入院・通院先						
	入院・通院の期間	年 月 日から 年 月 日まで					
	通院日数等	月平均（ ）日・週平均（ ）日、おおむね（ ）曜日					
	生活の制限	制限の有無：有・無 制限の内容：仕事・家事・育児・その他（ ）					
	生活の制限の内容 （具体的に）						
②介護・看護（以下「介護」といいます。）の場合 <small>※被介護者の診断書・障害者手帳等を添付してください。</small>	被介護者氏名			生年月日	年 月 日	児童との続柄	
	被介護者との同居の有無	同居・別居		（別居の場合） 被介護者の住所			
	疾病又は障がい名 要介護度			病院又は施設名			
	介護区分	自宅介護・通院（通所）付き添い・入院（入所）付き添い その他（ ）					
	介護内容						
	介護時間	月平均（ ）日・週平均（ ）日、おおむね（ ）曜日 1日平均の介護時間（ ）時間（ ）分					
	福祉サービス利用の有無 （介護保険・障害者手帳等）	有・無	福祉サービスの 内容			診断書の 取得	可・不可

現況申立書（及び必要な添付書類）は、封筒に入れて提出することができます。

※封筒に「現況申立書在中」と明記し、保育施設名（利用している場合）・保護者氏名・児童氏名を記入してください。

児童氏名 生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	学童保 育所名
--------------	--------	--------	--------	------------

診 断 書

現住所	那珂川市
氏 名	児童からみた続柄 ()
病 名	

《附 記》

○家庭内における児童の保育について

- 適切な保育ができる
- 適切な保育ができない

【適切な保育ができない理由】

【適切な保育ができない期間】

- 診断日より1年以上
- 診断日より () カ月程度

上記のとおり診断いたします

令和 年 月 日

医療機関の住所

医 療 機 関 名

診 断 医 師 名 _____ (印)

児童氏名 生年月日	■■■■ H26年 11月 22日生	年 月 日生	年 月 日生	学童保 育所名	岩戸学童保育所
--------------	-----------------------	--------	--------	------------	---------

診 断 書

記入例

現住所	那珂川市 西隈1丁目1番1号		
氏 名	〇〇 〇〇〇	児童からみた続柄 (母)	
病 名	統合失調症		

《附 記》 令和〇年〇月に当院受診。通院・外来によるカウンセリング及び投薬治療を行っており、現在も治療中である。

○家庭内における児童の保育について

- 適切な保育ができる
 適切な保育ができない

適切な保育ができる
場合は入所不可。

【適切な保育ができない理由】

不安症状、躁鬱の傾向があり、家事・育児に困難がともなうため。

【適切な保育ができない期間】

- 診断日より1年以上
 診断日より (3) カ月程度

期限がある場合は、その期限までの入所となります。その後も継続して保育ができない場合は、再度診断書を提出してください。

上記のとおり診断いたします

令和 ●年 ●月 ●日

医療機関の住所

那珂川市今光▲丁目▲番▲号

医療機関名

▲▲▲こころのクリニック

診断医師名

▲▲ ▲▲▲

印