

(↓必ずご記入下さい)		児童との続柄			父・母・祖父・祖母・その他()	
児童名	生年月日	令和・平成	年	月	日	入所施設: <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	令和・平成	年	月	日	入所施設: <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	令和・平成	年	月	日	入所施設: <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)

※ 保育園名は、認可保育施設を申込中や利用中の場合のみ記入すること

貼付台紙



南風原町長 殿

《保護者の方へ》

すでに診断書を提出しており、「通院及び今後の療養期間」期限が到来していない方に対しては受診状況で確認いたします。下記事項をお読みの上貼付、提出をお願いいたします。尚、症状が軽減され疾病に該当しなくなった場合はその他「保育を必要とする理由を証明する書類」の提出が必要です。

- ・診断書の病名での受診履歴(通院等)がわかる領収書や診療明細書を貼付してください。それ以外の添付は無効です。
- ・直近3ヶ月分を貼付してください(裏面にも貼付箇所あり)。
- ・自立支援受給者証をお持ちの方は受給者証の写し貼付でも可(通院記載ある場合)。
- ・障害者手帳等(『障害者手帳』『療育手帳』『精神障害者保健福祉手帳』)をお持ちの方は手帳の写し提出でも可。
- ・紛失等で提出ができない月がある時などはこども課までご連絡ください。

(受診履歴確認用)

氏名		証明内容	<input type="checkbox"/> 病気
生年月日	平成・昭和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 障がい <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1・B2)
住所	南風原町字		
病 気	状 況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 (通院・往診・病弱) ←該当に○をしてください	
	児童の保育	<input type="checkbox"/> 不可能である <input type="checkbox"/> 大変困難である <input type="checkbox"/> 支障がある <input type="checkbox"/> 可能である	
	上記の理由	(具体的に)	

① 令和・平成 年 月分

の り し ろ (領収書または明細書)

※台紙からはみ出さないように貼ってください。

の り し ろ (領収書または明細書)

※台紙からはみ出さないように貼ってください。

② 令和・平成 年 月分

のりしろ (領収書または明細書)

※台紙からはみ出さないように貼ってください。

のりしろ (領収書または明細書)

※台紙からはみ出さないように貼ってください。

のりしろで貼りきれない大きな添付書類の端をここに貼ってください。

③ 令和・平成 年 月分

のりしろ (領収書または明細書)

※台紙からはみ出さないように貼ってください。

のりしろ (領収書または明細書)

※台紙からはみ出さないように貼ってください。