

病気・障害等申告書

放課後キッズクラブ名（ 東山田 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) 東山田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)