

病気・障害等申告書

放課後キッズクラブ名 ()
 申込児童氏名・学年 ()

柏尾 小学校放課後キッズクラブ)
 ・ 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 | 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 | | |
| | 気 | 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 |

(宛先) 柏尾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。

平成 年 月 日

保護者氏名
 (申告者)

印

(横浜市・放課後キッズクラブ利用申込書用)