

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 ()

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 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) 東戸塚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)