

病気・障害等申告書

放課後 キッズクラブ名（権太坂 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 當 す る 項 目 に 記 入 し て く だ さ い 。	利用児童との続柄			
	病 氣	病名		
		状況	・入院 ・通院	・寝たり起きたり ・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) 権太坂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。）