病気・障害等申告書

放課後キッズクラブ名（初音が丘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）初音が丘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）