

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 ・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～ 日 時 分	月・週 日 時 分～ 日 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） _____ 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）