|  |  |
| --- | --- |
| **希望児童****クラブ名** |  |
| **児童氏名** |  |  |  |

**※入会を希望するお子さん全員の氏名を記入してください。**

**病気等申立書**

|  |  |
| --- | --- |
| **申立者氏名** |  |
| **児童との続柄** |  | **申立者****生年月日** | **昭和・平成　　　年　　　月　　　日** |
| **※右欄は意見書添付の場合記入不要** | **病名等** |  |
| **症状** |  |
| **加療中の****医療機関** |  |
| **加療見込期間及び方法** | **年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日****□　入院　　□　通院（週　　　回）　　□　自宅療養** |
| **添付書類** | **□　医師の意見書（原本）又は診断書（写しでも可）** |
| **※意見書又は診断書がない場合で、次のいずれかを所有しているときは写しを添付すること****□　身体障害者手帳　 □　療育手帳　 □　介護保険被保険者証****□　その他証明書類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **私は、上記のとおり放課後児童を保育できないことを申し立てます。****年　　　月　　　日****住所****申立者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞****電話　　　　　（　　　　）** |

**※この証明書は、児童クラブの入会に必要な証明書ですので、事実に基づいて記載してください。**

**意　見　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名** |  | **児童との続柄** |  |
| **生年月日** | **大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日** |
| **上記患者の病気等の状況及び放課後児童の保育の可否に関する意見は次のとおりです。****年　　　月　　　日****医療機関名****所　在　地****医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞****電　　　話　　　　　（　　　　）** |
| **病名等** |  |
| **症状** |  |
| **加療見込期間及び方法** | **年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日（見込み）****□　入院　　□　通院（週　　　回）　　□　自宅療養** |
| **上記患者が放課後児童の保護者の場合** | **上記の者は、放課後児童の保育が****□　日常的に困難な状況である。****□　部分的に困難な状況である。****□　可能である。****□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **放課後児童の家族が上記患者の看護・介護をしている場合** | **上記の者は、看護又は介護が****□　日常的に必要な状況である。****□　部分的に必要な状況である。****□　可能である。****□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**※この意見書は、放課後児童クラブの入会に使用するため、当該クラブに提出するものです。**