

様式第4号（第5条関係）

児童氏名	_____	生年月日	_____	年	_____	月	_____	日	_____
<input type="checkbox"/>	在所中	在所保育施設名	_____	※在所中か申請中のいずれかに					
<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。									
<input type="checkbox"/>	申請中	(_____)	年	(_____)	月入所希望で申請

障害状況等申告書

年 月 日

小川町長 宛て

住 所 小川町 _____

保護者氏名 _____ (印)

保育施設入所の申込みに当たり、障害等により入所希望の児童の保育ができない状況について次のとおり申告します。

氏 名		続柄	(児童からみて)
住 所			
障害の程度	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級以下 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> ㉠ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
障害の状況	(日常生活での支障の程度をご記入ください)		

- 注意事項
- 1 申告の内容に不正（虚偽）が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
 - 2 身体障害者手帳の写しや診断書など、症状が確認できるものを添付してください。