

児童氏名		保育所(園)名	保育所 保育園
※該当する項目を記入してください。		申告者氏名	
		(続柄)	(続柄)
病 気	病 名		
	状 況 等	・入院 ・通院 ・自宅療養	・入院 ・通院 ・自宅療養
	病 院 名		
	期 間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
介 護 ・ 看 護	傷病人・障害者氏名(続柄)	(続柄)	(続柄)
	傷病名・障害名		
	状 況 等	・入院 ・通院 ・自宅療養	・入院 ・通院 ・自宅療養
	身障(療育)手帳番号・級		
	期 間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
出 産	予 定 日	年 月 日	年 月 日
	出 産 日	年 月 日	年 月 日
	産前・産後休暇(育児休業)期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
身 体 障 害 者	障 害 名		
	手 帳 番 号		
	等 級		
在 学	学 校 名		
	受 講 状 況	月平均_____日受講 時 分～ 時 分	月平均_____日受講 時 分～ 時 分
	期 間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり相違ないことを申告します。

年 月 日

申告者氏名

印