

病 気（病 弱）申 立 書

令和 年 月 日

ときがわ町長 あて

保護者 住所 ときがわ町大字

氏名

下記のとおり、私が（ 病気 ・ 病弱 ）であることを申し立てます。

記

氏 名			
病 名 等			
状 態			
病 院 名		通 院 回 数	週・月 回
			週・月 回
身障手帳等の有無	有（手帳名 / 級） ・ 無		
そ の 他			

児 童 氏 名	
入所（希望）保育所名	保 育 園