

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

印

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

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

民生・児童委員 住所 ときがわ町大字
氏名

印