

病人看護・疾病申立書

施設名			
児童名	①	②	③
自宅住所			
電話番号			

区分	<input type="checkbox"/> 病人の看護	年 月 日 ~			
	<input type="checkbox"/> 介護	年 月 日 ~			
	<input type="checkbox"/> 疾病	年 月 日 ~			
病気等の家族の氏名	個人番号：	児童との続柄		病名等	
かかりつけの医療機関名					
通院・入院の期間	通院 週 回	入院	年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)		
添付書類 (該当するものを添付してください)	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し (要介護状態区分が明記されている箇所)				

(あて先) 十日町市長 宛 上記のとおり相違ないことを申し立てます。

年 月 日

住 所 十日町市 _____

氏 名 _____ (印)

児童との続柄 _____