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 | □病人の看護 | | | 年　　　　月　　　　日　～ | | | |
| □介護 | | | 年　　　　月　　　　日　～ | | | |
| □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） | | | |
| □月 |
| 添付書類  （該当するものを  添付してください） | □診断書　　□身体障害者手帳の写し　　□療育手帳の写し  □精神障害者保健福祉手帳の写し  □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

児童との続柄