

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	☐ 週 通院 回 ☐ 月	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)	☐ 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 _____