

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<br>氏名                 | 個人番号:                                                                                                                                                                                                    | 児童と<br>の続柄                                           |  | 病名等 |  |
| かかりつけの<br>医療機関名               |                                                                                                                                                                                                          |                                                      |  |     |  |
| 通院・入院の期間                      | <input type="checkbox"/> 週<br>通院                      回<br><input type="checkbox"/> 月                                                                                                                    | 入院<br>年      月      日 ～      年      月      日<br>(予定) |  |     |  |
| 添付書類<br>(該当するものを<br>添付してください) | <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し<br><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 \_\_\_\_\_

児童との続柄 \_\_\_\_\_