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） |
| 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