

協議書(傷病・障がい・要介護等)

氏 名				児童氏名		
傷 病	傷病名			療養種別	入院 ・ 通院	
	入院 期間 療養	年 月 日 から		年 月 日まで		
	通院回数 ※通院の場合	週 ・ 月 _____ 回(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ その他)				
	医療機関名	病院名			電話番号	
	傷病の状況 ※通院の場合					
障 が い	各種手帳 等の内容	身体 障害者手帳	()種 ()級	再認定年月	年 月 ・ 不要	
		療育手帳	総合判定()度	次回判定年月	年 月 ・ 不要	
		精神障害者 保健福祉手帳	障害等級()級	有効期限	年 月 日	
	障がいの 状況					
要 介 護 等	区 分	要支援()	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
		要介護()				

上記の理由に基づき、留守家庭児童教室への入室について協議を依頼します。

年 月 日

住所 大垣市

保護者氏名

※ 疾病の場合は診断書等の書類、障がいの場合は各種手帳、要介護等の場合は保険者証の写しの提出をお願いします。

※ 事実と相違した場合は、留守家庭児童教室の入室を取り消す場合があります。

※ この協議書は、留守家庭児童教室の入室要件を確認する以外の目的で使用することはありません。

受付者

事務局