

病 気（病弱）申 立 書

令和 年 月 日

(宛先) 越生町長

保護者 住 所 越生町
氏 名

㊟

下記のとおり、病気（病弱）であることを申し立てます。

記

氏 名	
生年月日	年 月 日生 (歳)
病名・病状	
現在の状況	・通院 年 月 日から 月・週に 回 医療機関名： _____ ・入院 年 月 日から 医療機関名： _____ ・手術 年 月 日 医療機関名： _____ ・その他 ()
日常生活の状況	・ねたきりでほとんど動けない ・自分の身の回りはなんとができる ・家の中での生活には支障がない ・外に1人で出かけられる ・その他 ()
今後の状況	・1年以上治る見込みがない ・ _____ か月で治る見込み ・すぐ治る ・その他 ()
添付書類	・診断書 ・身体障害者手帳 _____ 種 _____ 級 ・精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 ・その他 ()

調査の結果、上記のとおり認めます。

令和 年 月 日

民生委員・児童委員 住 所 越生町
氏 名

㊟

施設(事業所)名			
児童氏名			
児童生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

