

同居家族の障がい、介護等に係る申出書

令和 年 月 日

草 加 市 長 宛て

住所

申出者 氏名 ⑩

入室対象児童との関係 ()

次のとおり同居家族の障がい、介護等について申し出ます。

なお、障がい、介護等の状況について、確認することに同意します。

入室対象 児童	氏名		生年月日	平成 年 月 日		
	氏名		生年月日	平成 年 月 日		
	氏名		生年月日	平成 年 月 日		
	入室希望児童クラブ		児童クラブ			
障がい、介護等の状態にある同居家族	氏名		生年月日	年 月 日		
障がい、介護等の種別（該当する項目に☑）	(1)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持（ <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級）			障がい等の確認方法	市で確認（書類の提出は不要です。※）
	(2)	<input type="checkbox"/> 療育手帳所持（ <input type="checkbox"/> ㊤、 <input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B）				
	(3)	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級所持				
	(4)	<input type="checkbox"/> 要介護度3以上の認定				
	(5)	<input type="checkbox"/> 特別支援学校通学（学校名 _____） <input type="checkbox"/> 特別支援学級通学				
	(6)	<input type="checkbox"/> 18歳未満で障がい等を支援する福祉サービス利用（概ね1年以内） 対象福祉サービス：移送サービス事業、入浴サービス事業、おむつ支給事業、生活サポート事業、介護給付費支給事業（居宅介護、短期入所、行動援護）、障害児通所給付事業（放課後等デイサービス）、移動支援事業 ※施設入所、医療・診療サービスは対象外				
	(7)	<input type="checkbox"/> その他これらに類すると認められる状態			診断書の写し等の提出が必要です。	

※ 氏名を署名したときは、押印を省略することができます。

※ (1)～(6)の障がい、介護等について、申し出時点で転入予定の方（草加市民でない方）である場合は、市で確認ができないため、各種証明書類の写し等の提出をお願いします。その他、市で障がい、介護等の確認ができない場合、各種証明書類の写し等の提出をお願いすることがあります。不明な点は、子ども育成課担当までお問い合わせください。