

疾病負傷証明書

| | | | | | | | | |
|---|----------------|--|-----------|---------|-----|----------|-------|----|
| 医 師 証 明 欄 | 患者氏名 | | (年 月 日生) | | 傷病名 | | | |
| | 診療 見込 期間 | 入院 外 | 開始 | 年 月 日から | 入院 | 期 間 | か月間 | 週間 |
| | | | 終了予定 | 年 月 日まで | | (予定) 年月日 | 年 月 日 | |
| | 症 状 | 該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。 | | | | | | |
| | | 1 1か月以上の入院もしくは入院見込み、常時臥床を要するもの 2 安静を要するもの、又は日常生活に支障があり、家庭での保育が困難であると見込まれるもの 3 1か月以上、週3日程度の通院加療等が必要であり、家庭での保育に支障があると見込まれるもの 4 疾病・負傷による日常生活への影響は軽微で、家庭での保育は可能であると見込まれるもの [] | | | | | | |
| 上記のとおり認めます。 年 月 日 所 在 地 Tel (—) 医 療 機 関 名 担 当 医 師 印 | | | | | | | | |
| ※ この証明書は証明年月日の記入がない場合及び、医師の印がない場合は無効です。 | | | | | | | | |

※ 医療機関の方へ

この証明書は保育利用の認定・利用調整の審査資料となるものです。漏れなくご記入いただきますようお願いします。

※ 保護者の方へ

この書類を入園事務窓口又は施設・事業所へ提出する際には、(希望)施設・事業所名、児童名、生年月日を必ず記入してください。

(希望又は利用)

施設・事業所名

フリガナ

児童名

(平成 年 月 日生)

※担当者記入欄

児童番号

(注意事項)

- この用紙は、疾病等のため保育が必要であることを理由に、保育利用を申し込まれる際に、その証明として添付していただくためのものです。
- 医療機関の証明の内容によっては、保育利用の要件に該当しないことがあります。(証明欄の「症状」4の場合は非該当)
- 証明を取得する際に医療機関で料金が必要な場合は、個人の負担となります。