

【この用紙は保護者1人につき1枚使用してください】

疾病・負傷証明書

【医師証明欄】

※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。

もれなくご記入いただきますようお願いいたします。

患者氏名		生年月日	年	月	日
傷病名		初診年月日	年	月	日
入院	年 月 日から 年 月 日まで				
通院	年 月 日から 年 月 日まで (週 回・月 回)				
加療	年 月 日から 年 月 日まで (週 回・月 回)				
病状等から該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1箇月以上の入院もしくは入院見込み又は常時臥床の状態にある <input type="checkbox"/> 居宅内において1箇月以上安静を要する <input type="checkbox"/> 1箇月以上の長期にわたり日常生活・子どもの世話を支障があり、家庭での保育が困難である <input type="checkbox"/> 上記以外で通院加療が必要である					
その他考慮すべき点がありましたらご記入ください。					
上記のとおり認めます。 証明年月日 年 月 日 医療機関名 住所 医師名 印					

【保護者記入欄】

申込児童氏名 (最年長)	生年月日	第一希望施設名
	年 月 日	
	年 月 日	

(注意事項)

※この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。

※証明年月日の記入や医師の印がない場合などは無効です。