

(保護者記入欄)

父・母・祖父・祖母 (この証明の該当者に○をしてください。)

児童氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

在所中 在所保育施設名 _____

申請中 (_____)年(_____)月入所希望で申請

※在所中か申請中のいずれかに
をつけてください。

※以下は医師に記入してもらってください。

診 断 書

(宛先) 滑川町長

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

所在地

医師名

⑩

次のとおり診断する。

氏 名	
生 年 月 日	
診 断 名	
児童の保育についての所見	<p><input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の日中の保育が困難な状況である。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の日中の保育が部分的に困難な状況である。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>
今後の状況	<p><input type="checkbox"/> 1年以上治る見込みがない。</p> <p><input type="checkbox"/> _____か月以上治る見込みがない。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>
備 考	

注 意 事 項 (記入者様へ) 1 お手数ですが、上記事項を漏れのないようにご記入ください。医師印も必ず押印してください。
2 この書類に関する費用の負担は請求者(患者)になります。