

証明書(疾病・障がい・看護)

医 師 証 明 欄	患者氏名		(昭和／平成／令和 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	入院(予定)年月日		平成 / 令和 年 月 日から	
			終了予定	年 月 日まで			期 間		☐ 年間 ☐ か月間 ☐ 週間 ()	
	看(介)護の必要		有 ・ 無		看(介)護人氏名					
	傷病の程度		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か月以上の入院又は入院見込みのもの 2 居宅内において常時臥床の必要なもの 3 1か月以上の安静を要すると診断されるもの、または日常生活動作に支障を来しているもの 4 上記以外で通院加療が必要なもの 5 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。 令和 年 月 日(証明日) 所 在 地 Tel (-) 医 療 機 関 名 担 当 医 師									
(注) この証明書は証明年月日の記入がない場合及び、医師の自署または、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。
なお、照明事項の訂正の際には、必ず訂正印の押印をお願いいたします。

保護者記入欄(以下についてのみ、保護者が記入してください)

児童氏名	生年月日	年 月 日	保育所(園) ・こども園	☐ 利用中 ☐ 申込中
児童氏名	生年月日	年 月 日	保育所(園) ・こども園	☐ 利用中 ☐ 申込中
児童氏名	生年月日	年 月 日	保育所(園) ・こども園	☐ 利用中 ☐ 申込中

(注意事項)

- 1 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。
- 2 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「傷病の程度」5の場合は非該当)
- 3 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。