

## 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	<input type="checkbox"/> 年間 <input type="checkbox"/> か月間 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
児童氏名	生年月日 年 月 日	保育所(園) ・こども園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
児童氏名	生年月日 年 月 日	保育所(園) ・こども園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 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。