

診 断 書

住 所	伊予郡松前町大字
氏 名	
診断名及び 診断内容	
今までの状態	<input type="checkbox"/> 自宅療養 : 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 入院 : 平成 年 月 日から (平成 年 月 日まで)
現在の状態	<input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中
今後の状態	<input type="checkbox"/> 自宅療養 見込期間 : 平成 年 月 日 頃まで <input type="checkbox"/> 入院 見込期間 : 平成 年 月 日 頃まで
保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし ※保護者の疾病・障害事由の場合、保育の利用不可 <input type="checkbox"/> やや保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不能 見込期間 : 平成 年 月 日 頃まで
家族の介護・ 看護の必要 の可否	<input type="checkbox"/> 必要としない ※親族の介護・看護事由の場合、保育の利用不可 <input type="checkbox"/> 必要とする 見込期間 : 平成 年 月 日 頃まで

*該当する項目の□にチェック☑をしてください。

*保育所等は、家庭において十分な保育ができない状態のとき、保護者に代わって保育を行う施設です。

*本様式は、家庭での子どもの保育が困難であること、保護者の心身に障がいがあること、入院に関する期間、などを証明していただくためのものです。

上記のとおり証明します。

松前町長 様

平成 年 月 日

医療機関名 _____

担当医師名 _____ 印

.....

保護者記入欄

フリガナ 子どもの氏名		フリガナ 子どもの氏名	
子どもとの 続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()		