

## 施設記入欄

継続 ・ 新規	番号	
---------	----	--

## 保護者記入欄

施設名	児童氏名	(平・令 年 月 日)
	疾病者の児童との関係	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他( )

※申込中の場合は第1希望の施設名をご記入ください。

※児童が2人以上いる場合は、人数分ご用意ください。(医療機関の証明後のものをコピー可)

## 疾 病 証 明 書

### ※以下、医療機関記入欄

氏 名	
受 診 状 況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 ( ) 入院 (期間など: )
病 名	
症 状	
療養状況及び 児童を保育する上での 困難さに関する意見 (該当するものにチェック をしてください)	児童の保育に関して、 <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
	児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
上記のとおり相違ありません	医 療 機 関 名
証明年月日	住 所
令和 年 月 日	医 師 名
	電 話 番 号
	印

注)この疾病証明書は、施設等利用給付認定、保育の支給認定及び利用調整の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、医療機関に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載があった場合は、認定及び認可保育施設の利用の取消し、給付済の利用費や保育に要した費用の返還を求めることがあります。