

## ◆施設記入欄

|         |    |  |
|---------|----|--|
| 継続 ・ 新規 | 番号 |  |
|---------|----|--|

## ◆保護者記入欄

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

※ 申請中の場合は、第1希望の施設名を記入してください。

※ 申請児童が2人以上いる場合は、人数分を用意してください。(コピー可。)

## 疾 病 証 明 書

## ◆以下、医療機関等記入欄

|                                                            |                                                                                            |                                                               |  |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|
| 氏 名                                                        |                                                                                            |                                                               |  |
| 病 名                                                        |                                                                                            |                                                               |  |
| 症 状                                                        |                                                                                            |                                                               |  |
| 受 診 状 況                                                    | <input type="checkbox"/> 入院 ( 期間など: )<br><input type="checkbox"/> 通院 ( 月・週 日程度 ) ・ その他 ( ) |                                                               |  |
| 疾病・障害の状況<br><br>並びに<br><br>児童を家庭保育<br>する上での困難度合い<br>に関する意見 | 疾 病                                                                                        | <input type="checkbox"/> 常時伏臥・感染症に該当                          |  |
|                                                            |                                                                                            | <input type="checkbox"/> 上記以外で日常生活に著しい支障があり、他者の介助が必要          |  |
|                                                            |                                                                                            | <input type="checkbox"/> 一般療養(運動、外出等が制限されているが、身の回りのことは自分で行える) |  |
|                                                            | 障 害                                                                                        | <input type="checkbox"/> 身体1～2級、精神1級、療育A、要介護度3～5に該当           |  |
|                                                            |                                                                                            | <input type="checkbox"/> 身体3級以下、精神2級以下、療育B、要介護度1～2に該当         |  |
|                                                            |                                                                                            | <input type="checkbox"/> 上記以外(要介護度 要支援 等)                     |  |
| (上記の状況から、児童を家庭保育する上での困難度合い等に関して、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                                                       |  |

## 【注意事項】

この書類は、保育の支給認定、利用調整及び施設等利用給付認定の際の資料となるため、事実のとおり記入してください。(必要に応じ、徳島市から医療機関等に問い合わせることがあります。)

なお、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その他、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。