

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		
病名		
症状		
受診状況	<input type="checkbox"/> 入院 (期間など:) <input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) ・ その他 ()	
疾病や障害の状況 並びに 家庭で児童を保育する 上での困難さ 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)		
※ 疾病や障害の状況から、家庭で児童を保育する上で困難さ等に関して、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)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。