

疾病負傷証明書



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	開始	年 月 日から	入院	入院日	年 月 日 (予定)
		入院外	終了予定	年 月 日まで・未定		入院期間	か月間 週間 (予定)
	症状	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か月以上の入院もしくは入院見込み、常時臥床を要するもの 2 安静を要するもの、又は日常生活に支障があり、家庭での保育が困難であるもの 3 1か月以上、週3日程度の通院加療等が必要であり、家庭での保育に支障があるもの 4 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もの					
上記のとおり証明します。 証明年月日 令和 年 月 日 所在地 _____ TEL (_____) 医療機関名 _____ 担当医師名 (自署又は記名捺印) _____							

※ 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。

※ 保護者の方へ

この書類を入園事務窓口又は施設・事業所へ提出する際には、(希望)施設・事業所名、児童名、生年月日を必ず記入してください。

(希望又は利用)

施設・事業所名

フリガナ

児童名

(平成/令和 年 月 日生)

※市処理欄

こどもコード

(注意事項)

- 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。
- 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「症状」4の場合は非該当)
- 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。
- 本証明書の内容について、医療機関に無断で作成し、又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。