

保護者記入欄 当てはまるものに

未就学児童氏名	入園状況	
(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 新規申込 (第一希望:	<input type="checkbox"/> 入園中 (入園施設:
(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 新規申込 (第一希望:	<input type="checkbox"/> 入園中 (入園施設:
(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 新規申込 (第一希望:	<input type="checkbox"/> 入園中 (入園施設:
<input type="checkbox"/> 不足書類の提出 <input type="checkbox"/> その他 (

※ 支給認定内容に変更がある場合は、必ず支給認定変更申請書と一緒にご提出ください。

※ 書類の有効期限は、おおむね3ヶ月とします。

診 断 書

(施設等利用給付認定申請用)

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: _____

病名: _____

症状についてお答えください。

- 日常生活に制限が必要ですか。(該当するものの記号を○で囲んでください)
 - 日常生活に制限は必要ない。
 - 日常生活に一定の制限を必要とする。
 - 日常生活において部分的に他者の援助(介護)を必要とする。
 - 日常生活の大半に他者の援助(介護)を必要とする。
 - 常時援助(介護)を必要とする。

- 今後どの程度の通院または入院が必要と考えられますか。(と必要事項の記入をお願いします)

ヶ月 ・ 月 _____ 日 ・ 週 _____ 日の 通院 ・ 入院 が必要と考えます。

- 未就学児童の保育を行うことが可能ですか。(該当するものの記号を○で囲んでください)

- 保育を行うことは可能である。
 - 保育について制限が必要である。
 - 保育を行うことが不可能である。
- ※ b または c の場合、その状況がいつまで続くと思われますか。

(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃まで ・ 未確定)

上記のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

⑩

※この診断書、或いは同内容を具備する診断書の提出をお願いします。

※整骨院・接骨院での診断は無効となります。病院または医院にて医師による診断を受けてください。