

診 断 書

(氏 名)

大正・昭和
(生年月日) 平成・令和 年 月 日

1. (診 断 名)

2. (治療期間と通院回数)

3. (児童の保育等について) *該当する番号に○をつけてください。

(1) 上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。

(2) 上記の者は、日常生活において看(介)護の必要を認める。

4. (「児童の保育ができない」または「看(介)護が必要な」理由
.....症状経過と家庭生活への影響など)

5. (保育できない期間等) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
午前 時 分 ~ 午後 時 分

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名・所在地

証 明 者 (医師名)

※自署または記名押印

*上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

※保護者記入欄

児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名
児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名
児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名

お願い

この診断書は、子育てのための施設等利用給付認定申請用で、保護者（同居の祖父母含む）が、日中、家庭で子どもの保育（世話）が出来ない（または、出来る）理由を明らかにするものです。

ですから、病気そのものの内容ではなく、症状及び薬の副反応などにより、どのような状態であるかということを中心にご記入いただきますようお願いいたします。

【4の記入例】

○薬の副反応により、体のだるさやふらつきがあるため児童の保育が出来ない。保育が出来ない期間は、今のところ未定。

○3か月程度安静が必要であるため、児童の保育が困難である。

お手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

益城町役場 こども未来課 保育係

TEL 096-286-3117（直通）