|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者記入欄 | | | |
| 児童氏名 | ① | ② | ③ |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 入所施設 |  |  |  |
| この証明の該当者（ 父・母・祖父・祖母 ） | | | |

　　※以下、医師記入欄（保護者の方は記入しないでください。）

**診断書**

　長和町長　宛て

年　　　　月　　　　日

医療機関名

所在地

医師名　　　　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり、診断します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 診断名 |  | | |
| 児童の保育についての所見  　　　　□　上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である  　　　　□　上記の者は、児童の日中の保育が困難な状況である  　　　　□　上記の者は、児童の日中の保育が部分的に困難な状況である  　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 今後の状況  　　　　□　１年以上治る見込みがない  　　　　□　　　　　ヶ月以上治る見込みがない  　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 備考 | | | |

　注意事項（記入者様へ）

1. 上記事項を漏れのないようにご記入ください。
2. 必ず医師印の押印をお願いします。
3. この書類に関する費用の負担は請求者（患者）になります。