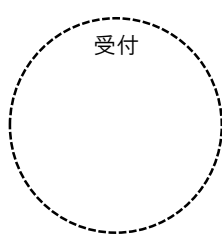


※この証明書は、保育所、幼稚園および児童クラブの証明として使用できます(原則、原本は保育所担当課、コピーを児童クラブへ提出ください)



ふりがな 児童氏名	生年月日	保育所・幼稚園・児童クラブ名
	H R . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H R . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H R . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H R . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中

以下、医療機関等に証明を受けてください。

## 診 断 書

患 者 氏 名	
患 者 住 所	出雲市
患 者 生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
疾 病 名	
上 記 疾 病 に か か る 加 療 見 込 期 間	
付 記 (病状等)	
当 該 患 者 が 同 居 児 童 を 保 育 す る こ と に つ い て	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> とても困難
当 該 患 者 に 係 る 家 族 の 介 護 の 要 否	<input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> 要する
[当該患者が入所申込対象児童の場合] 集 団 で の 保 育 を 受 け る こ と に つ い て	<input type="checkbox"/> 望ましくない <input type="checkbox"/> 望ましい

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地 : \_\_\_\_\_

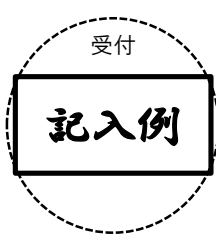
医 療 機 関 名 : \_\_\_\_\_

担 当 医 師 名 : \_\_\_\_\_

( \* 署名または押印願います。 )

※この診断書は、教育・保育給付認定、保育所等への入所(継続入所)の要否判定および子育てのための施設等利用給付認定申請に使用するものです。

※この証明書は、保育所、幼稚園および児童クラブの証明として使用できます(原則、原本は保育所担当課、コピーを児童クラブへ提出ください)



ふりがな 児童氏名	生年月日	保育所・幼稚園・児童クラブ名
いずもいちろう 出雲一郎	ⓂR **.* **.* **.*	●●保育所 <input checked="" type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H R . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H R . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H R . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中

以下、医療機関等に証明を受けてください。

## 診 断 書

患 者 氏 名	出雲 吉右衛門
患 者 住 所	出雲市 今市町70番地
患 者 生 年 月 日	大正 <u>昭和</u> 30 年 5 月 ●● 日 平成 令和
疾 病 名	リウマチ
上 記 疾 病 に か か る 加 療 見 込 期 間	1年以上
付記 (病状等)	関節痛だけでなく、微熱や倦怠感など全身症状あり。 関節に負担をかけないように、できるだけ安静が必要。 週1回の通院が必要。
当 該 患 者 が 同 居 児 童 を 保 育 す る こ と に つ い て	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> とても困難
当 該 患 者 に 係 る 家 族 の 介 護 の 要 否	<input type="checkbox"/> 要しない <input checked="" type="checkbox"/> 要する
[当該患者が入所申込対象児童の場合] 集 団 で の 保 育 を 受 け る こ と に つ い て	<input type="checkbox"/> 望ましくない <input type="checkbox"/> 望ましい

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 \*\*年 12月 ●●日

所 在 地 : 出雲市塩冶町●●番地

医療機関名 : ▲▲整形外科医院

担当医師名 : ◆◆◆◆

( \* 署名または押印願います。 )

※この診断書は、教育・保育給付認定、保育所等への入所(継続入所)の要否判定および子育てのための施設等利用給付認定申請に使用するものです。