

診 断 書

日置市役所こども未来課、各支所地域振興課提出用

(フリガナ) 氏 名	
生年月日	年 月 日 生
病 名	
症 状	
当該人の家庭での保育 についての意見 (該当項目に○印の記入を お願いします。)	1 当該患者は、上記内容から児童の保育ができないと認める。 2 当該患者は、上記内容から親族による介護・看護の必要を認める。
治療見込期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
年 月 日	医療機関名
	所 在 地
	医 師 名 印

※この書類に関する費用等の負担は請求者（患者）になります。

【保護者記入欄】

以下は、保育施設の利用申込に際して利用調整に必要な項目になります。

(該当項目に○印の記入をお願いします。)

なお、虚偽の申請等があった場合は、保育の必要性の認定、入所の内定や決定が取消になる場合があります。

保護者の病気やけがなどの 状況	1. 入院（おおむね1か月以上） 2. 居宅内で病床に臥せている。 3. 週1日以上通院加療をしている（予定含む）。 4. その他（定期的に通院加療）
--------------------	--

利用（希望）児童氏名	生年月日	利用施設・事業名
	年 月 日 生	
	年 月 日 生	
	年 月 日 生	