

診 断 書

(子ども・子育て支援法及び児童福祉法に基づく施設や事業の利用申請用)

令和 年 月 日

大網白里市長 あて

申請者

住 所

氏 名

子ども・子育て支援法及び児童福祉法に基づく施設や事業の利用申請に伴い、下記のとおり診断書を提出します。

診 断 書

病 名	
病 状	
診療開始年月日 (入院年月日)	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月 日 ~ 年 月 日)
診療見込み期間 (入院年月日)	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月 日 ~ 年 月 日)
安静を要するか 否かの状況	
子どもの保育が 可能か否かの状況	
介護人を要するか 否かの状況	

申請者_____の疾病の内容について、上記のとおり診断いたします。

医療機関名

住 所

氏 名

電 話

印

※医療機関等の独自様式での代用も認めます。

以下は申請者をご記入ください

児童名・施設（事業）名等

証明書 提出理由	・病状の変更 ・通院先の変更 ・通院日数の変更 ・保育時間変更希望(短時間から標準へ) ・新規(継続) 申請		
児 童 名			
生年月日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
利用（希望） 施設・事業名			
	利用中・申請(変更)中	利用中・申請(変更)中	利用中・申請(変更)中

市・施設使用欄

市 確 認

保育施設確認