世帯員用

診断書

（教育・保育給付、施設等利用給付認定用）

　（宛先）名護市長

|  |  |
| --- | --- |
| 診断年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 | ㊞ |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師名 | ㊞ |

　次のとおり診断する。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師の記入欄 | 疾病者 | 氏名 | |  | □男　・□女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 疾病の診断名 |  | | | |
| 症状 |  | | | |
| 疾病者の稼働能力等についての所見 | □児童の保育が完全に不可能な状況である。  □児童の日中の保育が困難な状況である。  □児童の日中の保育が部分的に困難な状況である。  □児童の保育に支障がない状況である。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| この診断書の診断日から過去３か月間の状況 | 入院 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | |
| 通院 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで  （　毎日　・　週　　　回　・　月　　回）程度 | | |
| 今後の見込 | 入院 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | |
| 通院 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで  （　毎日　・　週　　　回　・　月　　回）程度 | | |
| その他の特記事項 | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者記入欄 | 区　　　　分 | □申込中  □入所中 | 施設等名 | ※申込中の場合は第１希望保育施設等名 |
| ふりがな |  | 申込中の場合 | 年 　月 　日入所希望 |
| 児童氏名 |  | 児童生年月日 | 年 　月 　日 |
| 疾病者氏名 | 児童との続柄： | | |
| 疾病者の住所 |  | | |

１９１００１版