

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 昭・平・令 年 月 日 _____

病 名 _____

1. 病状

2. 療養の必要性（以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。）

- ① 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
- ② 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。
- ③ その他（ _____ ）
- ↳ 「③その他」の場合、就労について（ 可能 ・ 不可能 ）

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名 _____

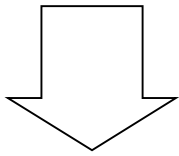
※身体障害者手帳（1級・2級・3級）、療育手帳（A）、精神障害者保健福祉手帳（1級・2級）、特定疾患医療受給者証、特定疾病療養受給者証等をお持ちの方は、診断書は不要です。手帳等の写しを提出して下さい。

（裏面もお読み下さい。）

(裏面)

診断書の提出が必要な方は、下記のような場合です。

- ① 母または父（児童扶養手当受給者）が障害や負傷・疾病その他これに類する状態にあり、
就労できない方
- ② 親族に障害や負傷・疾病その他これに類する状態の方がおり、母または父（児童扶養手当受給者）が介護を行う必要があつて就労できない方



①に該当する方

あなたが相当期間入院または自宅療養等の必要があり、就労することができないことを、かかりつけの医師に診断してもらってください。

②に該当する方

当該親族が、相当期間入院または自宅療養等の必要があることを、かかりつけの医師に診断してもらってください。

また、あなたが介護しなければならないことを「介護状況証明書」（様式第9号）にて民生委員に証明してもらってください。