

施設等利用給付申請用

# 診断書

保護者記入欄	(利用中の施設)
幼稚園等名 :	_____
児童名 :	_____
生年月日 :	_____年 _____月 _____日

患者	住所	_____						
	氏名	_____						
	生年月日	_____年	_____月	_____日	(	_____歳)		
	病名	_____						
医師所見		_____						
【保護者疾病】病状・治療上から見て、患者は日中、児童の保育ができますか？		保育できる ・ 保育できない						
【介護・看護】病状・治療上から見て、患者は日中、介護・看護を必要としますか？		必要とする ・ 必要としない						
通院・往診の場合	治療期間	_____年	_____月	_____日	～	_____年	_____月	_____日
	回数	_____週( _____ )回程度の通院・往診を要す						
入院の場合	入院期間	_____年	_____月	_____日	～	_____年	_____月	_____日
上記の通り診断します。								
_____年 _____月 _____日								
医療機関住所								
医療機関名								
担当医師名								
								印

保護者記入欄
向日市長 宛て
保護者氏名
印

(注) この診断書は、3か月以内に発行されたものに限ります。太枠内は、医療機関にてご記入をお願いします。