

\* 消せるボールペン、鉛筆等での記入はご遠慮ください。使用が認められた証明は無効になります。

# 疾病・障がい状況証明書

**記入例**

(あて先) 檀原市長

<本人記入欄>

氏名	檀原 太郎	児童との続柄	父	証明内容	疾病 障がい
疾病	状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 ( <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> その他 )			
	児童の保育	<input type="checkbox"/> 不可能である <input checked="" type="checkbox"/> 不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 可能である			
	上記の理由 (具体的に)	* 保育が困難な理由を症状をふまえて詳しくご記入ください。			
障がい	手帳の種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳( A1・A2・B1・B2 ) *必ず手帳のコピーを提出してください			

<医療機関記入欄> ※ 手帳がない場合、必須

疾病者氏名	檀原 太郎
受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 ( 月 週 2 日程度 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 入院 ( 期間: )
病名	〇〇〇症
症状	×××、▲▲▲、●●●
療養状況	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input checked="" type="checkbox"/> 自分のことがある程度できる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる
所見	<病気により児童の保育が困難な点をご記入ください> * 症状等をふまえ、具体的に詳しくご記入ください。
治療期間	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 未定 (理由: 症状等が回復するまで、定期的な通院が必要。 )

有効期限は3ヶ月以内

(あて先) 檀原市長

令和 4 年 8 月 1 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療機関所在地

××××××  
×××× ××××

医療機関名

〇〇〇病院

医師名

△△△ △△△

印