

* 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

施設名 _____
児童氏名 _____
生年月日 _____

(あて先) 檀原市長

<本人記入欄>

氏名	児童との続柄	証明内容	疾病・障がい
疾病	状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 (<input 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 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)		
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	
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 入院 (期間 :)
病名	
症状	
療養状況	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input 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>
治療期間	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 未定 (理由 :)

(あて先) 檀原市長

令和 年 月 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

医師名

㊞