

病状証明書：看護用（施設等利用給付用）

フリガナ		性別	男・女	生年月日
申請希望児童				年 月 日
利用希望施設・事業	認可外保育所 ・ 一時預かり ・ 病児保育 ・ ファミサポ	施設名・事業		
	認可外保育所 ・ 一時預かり ・ 病児保育 ・ ファミサポ	施設名・事業		
看護をする保護者氏名		続柄		
看護をする保護者住所	TEL			

保護者記入欄

※ 看護を受ける方が障害者手帳等をお持ちの場合は医師の証明は要りません。障害者手帳等の写しを添付してください。

看護を受ける方の住所			
看護を受ける方の氏名			
看護を受ける方の病状等について	病	傷病名	
		状 況	1 入院中 入院年月日 平成 年 月 日
			2 通院中 週 回
	治療予定期間	1 未 定 2 期 間 年 月 日から 日間（予定）	
	状	自 宅 療 養	1 家事不可能 2 家事少しできる 3 家事はほとんどできる
		障 がい	障害身障（療育）手帳 級 （視・聴・言・肢体・内臓・知的）
そ の 他		看護を受ける必要が（ ①ある ② 特に無い）	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 証明者 住 所 (医師) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 氏 名 印 </div>			

病状証明書（施設等利用給付用）

フリガナ		性別	男 女	生年月日
申請希望児童				年 月 日
利用希望施設・事業	認可外保育所・一時預かり・病児保育・ファミサポ	施設名・事業		
	認可外保育所・一時預かり・病児保育・ファミサポ	施設名・事業		
傷病等で証明を受ける保護者氏名		続柄		
傷病等で証明を受ける保護者住所	Tel			

保護者記入欄

※ 出産の場合、医師の証明は要りません。母子手帳の写しを添付して下さい。
又、障害者手帳等をお持ちの場合も医師の証明は要りません。障害者手帳等の写しを添付してください。

証明を受ける方の状況	患者名:保護者		生年月日		年 月 日		
	1 出 産	出産予定日 出産日	年 月 日				
		出 産 後 の 就 労 予 定	① 産後1年以内に就労する予定である (就労先が決まっている / 決まっていない)				
			② 産後1年以上経って就労する予定、又はずっと就労しない予定				
			③ 未定				
	2 傷 病	傷病名					
		状 況	1 入院中 (病院名)				
			入院年月日	年 月 日			
		2 通院中	週 回				
		治療予定期間	1 未定	2 期間			
		自宅療養	1 家事不可能	2 家事少しできる	3 家事はほとんどできる		
		障害	障害身障(療育)手帳 級 (視・聴・言・肢体・内臓・知的)				
	備考						
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日 証明者 住 所 (医師) 氏 名 印							