

病状証明書：看護用（保育所用）

フリガナ		性別	男	生年月日	
申請児童			女	年	月
利用施設	*新規申込の場合、空欄で結構です。				
看護をする保護者氏名		続柄			
看護をする保護者住所	TEL				
看護を受ける方の氏名					
看護を受ける方の住所	*保護者と別住所の場合記入してください。又別住所の場合下記確認書欄に民生児童委員の証明が必要です				

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。

患者名（看護を受ける方）		生年月日		年 月 日		
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	年 月 日	
	状	治療予定期間	1 未定	2 期間	年 月 日から	日間（予定）
		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）			

医師等記入欄*別紙証明書種類等がある場合、保護者が記入してください。

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)

氏 名

印

看護確認書（看護者と看護を受ける者が別居の場合）

上記看護をする者が、看護を受ける者を看護していることを確認しました。

令和 年 月 日 証明者 住所

(民生児童委員)

氏 名

印

民生児童委員記入欄

病状証明書（保育所用）

フリガナ		性別	男	生年月日
申請児童			女	年 月 日
利用施設	*新規申込の場合、空欄で結構です。			
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ください。
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	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 年 月 日から 日間 (予定)		
		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					

医師等記入欄*別紙証明書類等がある場合、保護者が記入してください。

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)

氏 名 印