

診 断 書

診断書の有効期間は、証明日から3箇月間です。ただし、12月の集中受付期間の申請は、11月1日以降の証明のみ有効です。

(あて先) 昭 島 市 長

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印

下記のとおり診断する。

フリガナ 氏 名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (歳)
診 断 日	年 月 日		
傷 病 名			
上記傷病による 児童保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不可		
症 状 等	※保育が困難な状況を、具体的に記入してください。		
今後の治療 見込期間	入院	年 月 日 ~	年 月 日
	通院	年 月 日 ~	年 月 日
	(通院の頻度：週 回 / 月 回)		
上記傷病による 家族の看護・介護の 必要性及び状況	<input type="checkbox"/> 必要としない		
	<input type="checkbox"/> 必要とする (頻度：週 回 / 月 回)		
	※介護・看護が必要な状況を、具体的に記入してください。		

保護者記入欄 ※申請中で提出する方は、第1希望の利用施設名を記入し、申請中に○をしてください。

児童氏名 (複数の場合、連名可)	申請中・入所中	利用施設名
	申請中・入所中	

【問合せ先】 昭島市子ども家庭部子ども子育て支援課子ども子育て支援係
電話 042-544-5111 内線 2162~2165