

疾病、障がい、介護、看護申告に係る診断書

＜申請者記入欄＞

(宛先) 小金井市長		記入日		年	月	日
申請児童名		生年月日		年	月	日生
申請児童名		生年月日		年	月	日生
申請児童名		生年月日		年	月	日生

本証明書に関連し、虚偽の申告が発覚した場合は、入園申請及び入園を無効（退園）とします。

上記に同意の上、申請します。

申請者（保護者）名

＜医療機関記入欄＞

(宛先) 小金井市長	発行日	年	月	日
医療機関名				
医師名				
所在地				
電話番号				
記入担当者名				

下記のとおり、診断します。

氏名	
生年月日	年 月 日
診断名	
治療予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
症状	医学的見地から、疾病又は障がいの症状により以下の状態にあたる。 ☐ 常時病臥等、日中保育にあたることが著しく困難である。 ☐ 日中保育にあたることが部分的に困難である。 ☐ 上記以外で、居宅内療養を常態