（小金井市保育課☎042-387-9846）

疾病申告に係る診断書

＜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 ※治療予定期間の終わりは必ずご記入ください。未定の場合は「未定」とご記入ください。
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