

疾病・障害、介護等申告に係る診断書

<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

※印が無いものは無効です。

印

下記のとおり、診断します。

氏名	
生年月日	
診断名	
症状	
発症・発病時期	年 月 日頃
通院の必要性	無 ・ 有 (頻度 回/週) ・ その他 ()
治療予定期間	年 月 日～ 年 月 日
入院予定期間	年 月 日～ 年 月 日

※ 診断を受ける方が被介護者の場合のみ、以下も該当するものにチェックしてください。

医学的見地から、患者に対しては「付き添いが必要」な状態であるか。

- 自立できており、必要ない。
- (自宅・病院) での部分的な付き添いが必要である
- (自宅・病院) での全介助が必要である

※ 記載内容の訂正については、訂正印を押印してください。無い場合は、無効となります。

<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 (歳 か月)
申請児童名	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
申請児童名	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)

- ・本証明書に医師の印がない場合、本証明を無効とします。
- ・記載内容の訂正に訂正印が無い場合は、無効となります。
- ・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とします。

上記に同意の上、申請します。

申請者署名

問合せ先 小金井市保育課 電話042-387-9846 (直通)