

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（ 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（退園）とします。

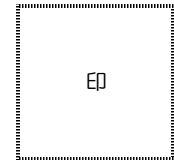
上記に同意の上、申請します。

申請者署名 _____

＜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



※医療機関印又は医師の印が無いものは無効です。

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。 <input type="checkbox"/> 常時病臥等、日中保育にあたることが著しく困難である。 <input type="checkbox"/> 日中保育にあたることが部分的に困難である。 <input type="checkbox"/> 上記以外で、居宅内療養を常態