施　設　名			
児 童 氏 名		児童との続　柄	

病気等申立書

疾病者氏名	
児童との続　柄	
生 年 月 日	昭和・平成・令和＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
病名・障害名等	
病　院　名	
治 療 期 間	昭和・平成・令和＿＿年＿＿月＿＿日～令和＿＿年＿＿月＿＿日見込み １　入院　　２　通院（週＿＿＿回）　３　自宅療養
添 付 書 類	１　意見書 下記のいずれかを所有の場合は写しを添付すること。添付するものに○をしてください。 １　身体障害者手帳　　２　療育手帳　　３　介護保険被保険者証 ４　精神障害者保健福祉手帳 ５　その他（　　）

上記のとおり相違ないことを申立てます。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申立者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電　　話 ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

※　この証明書は、保育の利用等に必要な証明書ですので、事実に基づいて記載してください。

施　設　名			
児 童 氏 名		児童との続　柄	

意　見　書

患 者 氏 名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

上記の疾病者に関する意見は以下のとおりです。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電　　話 ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

保育等についての意見

※　該当する項目のいずれかに○をつけてください。

利用児童の保護者が患者の場合	１．上記の者は、就学前児童の保育等が困難な状況である ２．上記の者は、就学前児童の保育等が部分的に困難な状況である ３．上記の者は、就学前児童の保育等が十分に可能な状態である ４．その他（　　）
利用児童の保護者が患者の看護・介護をしている場合	１．上記の者は、看護又は介護が必要な状況である ２．上記の者は、看護又は介護が部分的に必要な状況である ３．上記の者は、看護又は介護が不要である ４．その他（　　）

※　この意見書は、保育の利用等に必要なため、津山市又は利用施設に提出するものです。

※　この書類の作成にかかる費用は、津山市内の医療機関の場合一律５００円です。