

| | | | |
|------|--|------------|--|
| 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。 <p style="text-align: right;">令和____年____月____日</p> 住所 _____ 申立者氏名 _____ 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。 <p style="text-align: right;">令和____年____月____日</p> 医療機関名 _____ 所在地 _____ 医師名 _____ 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のため、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。