

診断書兼疾病・障害状況申告書

三田市長 あて

児童氏名	
生年月日	平成・令和 年 月 日
施設名	(申請中の場合は第1希望の施設)

【疾病の場合】※医療機関記入欄

氏名 (生年月日)	(年 月 日)	児童との続柄	父・母・祖父・祖母・その他()
現在の状況	入院期間 (年 月 日) ~ () 通院(通所) (週 日程度) 通院期間※初診日~通院終了(見込含)(H・R 年 月 日~R 年 月 日頃 / 不明) 在宅療養期間 (年 月 日) ~ ()		
病名			
症状			
児童の保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし ・ <input type="checkbox"/> やや保育困難 ・ <input type="checkbox"/> 保育不能		
可否の理由			
上記のとおり証明します。			
令和 年 月 日	医療機関名		印
	住所		
	医師名		

【疾病の場合】※保護者記入欄

保育が困難な理由	
保育が困難な日数・時間	毎日・週()日 常時・()時()分~()時()分
上記のとおり申告します。	
令和 年 月 日	住所
	氏名

【障害の場合】※保護者記入欄(手帳のコピーを添付してください。)

氏名 (生年月日)	(年 月 日)	児童との続柄	父・母・祖父・祖母・その他()
手帳の種別等	身体障害者手帳()級・療育手帳()・精神障害者保健福祉手帳()級		
保育が困難な理由			
保育が困難な日数・時間	毎日・週()日 常時・()時()分~()時()分		
上記のとおり申告します。			
令和 年 月 日	住所		氏名