通院・入院証明書　　様式Ⓓ

（教育・保育給付認定および施設等利用給付認定申請用）

令和　　年　　月　　日

平群町長　　様

申立者住所 平群町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申立者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

児童との続柄＿＿＿＿＿＿＿

●申込児童の状況

児童氏名＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿在園・入園希望

児童氏名＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿在園・入園希望

児童氏名＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿在園・入園希望

次のとおり、①通院　②入院していることを証明します。

通院（入院）者氏名		
通院（入院の状況）	通院	平成・令和　　年　　月　　日　通院開始 令和　　年　　月　　日　完治予定 週・月＿＿＿＿回程度
	入院	平成・令和　　年　　月　　日　入院 令和　　年　　月　　日　退院（予定）
病名		
通院の場合日常生活の概要○をつけてください。	・症状が非常に重く、一日の大部分をベット上で過ごさなければならない。 ・病状、服薬等の影響で仕事などを中断し、療養する必要がある。	

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　㊞

所在地

電話番号