

## 通院・入院証明書

年 月 日

平群町長 様

保護者記入欄			
児童氏名			
生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
申立者氏名	介護看護を受ける方氏名		
児童との続柄	児童との続柄		

医療機関記入欄			
※内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときは、無効とし、保育の実施を解除（入所申込を取消）します。			
氏名		生年月日	年 月 日
診断日	年 月 日	傷病 障がい名	
症状			
療養期間	入院	年 月 日 ~	年 月 日 ・ 未定
	通院	年 月 日 ~	年 月 日 ・ 未定
家族による 介護・看護の必要度	<input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> 要する（一部介助、見守り等） <input type="checkbox"/> 要する（全面的介助）		
こどもの保育について	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不能		
	※保育困難、保育不能の場合 理由を具体的に記入してください。		

平群町長 宛

上記のとおり、診断する。

証明日 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印