

利用又は申込中の施設名	
児童氏名	
生年月日	年 月 日

診 断 書

患 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	病 名			
所 見				
治療期間 (見込)	通 院 ・ 往 診	年 月 日 ~ 年 月 日 未 定 ※期間終了が未定の場合は、「未定」に○をしてください。		
		回 数	週に () 回程度の通院・往診を要する	
	入 院	年 月 日 ~ 年 月 日 未 定 ※期間終了が未定の場合は、「未定」に○をしてください。		
病状・治療状況からみて、患者が小学校就学前児童を保育することは可能か		保育できる ・ 保育できない		
上記のとおり診断します。 年 月 日 【医療機関住所】 【医療機関名】 【担当医師名】 印				

【保護者記入欄】 大山崎町長 様 保護者氏名 印

- (注) 1 記名押印に代えて署名することができます。
2 この診断書は、3ヶ月以内に発行されたものに限りです。太枠内は、医療機関にてご記入をお願いします。
3 申立欄の内容が事実と異なる場合は、施設等利用給付に係る認定を取り消すことがあります。