

◆施設記入欄

継続 ・ 新規	番号	
---------	----	--

◆保護者記入欄

(施設名)	児童氏名	(平・令 年 月 日)
	疾病者の児童との関係	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他()

※ 申請中の場合は、第1希望の施設名を記入してください。

※ 申請児童が2人以上いる場合は、人数分を用意してください。(コピー可。)

疾 病 証 明 書

◆以下、医療機関等記入欄

氏 名		
病 名		
症 状		
受 診 状 況	<input type="checkbox"/> 入院 (期間など:) <input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) ・ その他 ()	
疾病・障害の状況 並びに 児童を家庭保育 する上での困難度合い に関する意見	疾 病	<input type="checkbox"/> 常時伏臥・感染症に該当
		<input type="checkbox"/> 上記以外で日常生活に著しい支障があり、他者の介助が必要
		<input type="checkbox"/> 一般療養 (運動、外出等が制限されているが、身の回りのことは自分で行える)
	障 害	<input type="checkbox"/> 身体1～2級、精神1級、療育A、要介護度3～5に該当
<input type="checkbox"/> 身体3級以下、精神2級以下、療育B、要介護度1～2に該当		
<input type="checkbox"/> 上記以外 (要介護度要支援等)		
(上記の状況から、児童を家庭保育する上での困難度合い等に関して、ご意見があれば記入してください。)		
治療見込み期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
上記のとおり相違ありません	医 療 機 関 名	
証明年月日	住 所	
令和 年 月 日	医 師 名	
	電 話 番 号	

【注意事項】 この書類は、施設等利用給付認定、保育の支給認定及び利用調整の際の資料となるため、事実のとおり
 に記入してください。なお、必要に応じ、徳島市から医療機関等に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載
 があった場合は、認定及び認可保育施設の利用の取消の他、給付済の利用費や保育に要した費用の返還を求める
 ことがあります。