診断書

治療を受けている方	住所	
	名前	
	生年月日	年　月　日
病名		
傷病の状態及び治療期間 ※（複数回答可）	□入院 □　年　月　日 ～　年　月　日頃まで □ 期間の証明が困難	
	□自宅療養(通院)により家事や育児がほとんどできない状態である	
	□　年　月　日 ～　年　月　日頃まで □ 期間の証明が困難	
	□自宅療養(通院)のため家事や育児の軽減が必要である	
	□　年　月　日 ～　年　月　日頃まで □ 期間の証明が困難	
	□療養が必要だが家事や育児の軽減はほとんど必要ない	
看護・介護の必要性	□家族等の看護・介護が常時必要である □通院の付添が必要である（週　日程度） □介護・看護等はほとんど必要ない	

※治療期間(終わりの日)の月末日までが支給認定(入所)の期間となります。
　治癒するまでの期間又は治療期間が証明されない場合、支給認定(入所)の期間は原則6ヶ月となります。

上記のとおり証明する。　　年　月　日

医療機関名
連絡先

担当医師

〇医療機関にて正本を保管し、複写した副本へ証明いただいても差し支えありません。
　この診断書の内容に準ずるものであれば、医療機関指定の様式で差し支えありません。

（保護者記載欄）・・医療機関指定の診断書を提出する場合は以下の欄のみ記入して添付してください。

申請に係る保護者	名前			
入所(申請)児童	名前			
	生年月日	年　月　日	利用(第1希望)施設名	
入所(申請)児童	名前			
	生年月日	年　月　日	利用(第1希望)施設名	
入所(申請)児童	名前			
	生年月日	年　月　日	利用(第1希望)施設名	

（備考）
1 この診断書は、子ども・子育て支援法第20条による支給認定を行うために使用するものです。
2 この診断書の発行に係る費用は、申請に係る保護者又は治療を受けている方の負担になります。
3 入所(申請)児童が複数いる場合は、原本と複写（人数分）を提出して下さい。
4 診断書が発行されてから概ね2週間以上経過して提出された場合は無効となる場合があります。