

疾 病 ・ 看 (介) 護 申 立 書

教育・保育給付認定／施設等利用給付認定 用

(あて先) 高浜市長

必ず、すべての欄を記入してください。

在籍園名		児 童 名		生 年 月 日		児 童 コ ー ド	
保護者氏名							
児童との続柄							

疾病者(看護対象者)氏名		児童との続柄			
病名		発病年月日	年 月 日		
		治癒見込み	年 月頃		
病院名					
手帳の有無	有 ・ 無	有効期間	年 月 ～ 年 月		
入院通院の別					
入 院 ・ 通 院					
入 院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで			
		年 月 日から 年 月 日まで			
通 院 (看 護 ・ 介 護)	通院(看護)回数	月 ・ 週 回			
	月	月分	月分	月分 ※1ヶ月の見込み	
	1か月通院(看護)日数	日	日	日	
	通院(看護)時間帯	時 分から	時 分から	時 分から	時 分から
		時 分まで	時 分まで	時 分まで	時 分まで
1日通院(看護)時間	時間	時間	時間	時間	
◎症状					
◎日常生活に与える影響					
家事					
育児					

上記の通り相違ありません。

年 月 日

保護者 住所 高浜市 町 丁目 番地

氏名

※ 医師の診断書を添付してください。

※ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害保健福祉手帳等の交付を受けている場合は、手帳のコピーを添付してください。

* この証明書は、保護者が疾病している又は家庭に疾病介護者等がみえ、常時看(介)護しているため、家庭でお子さんの保育をすることができないことを証明するものです。したがって、**認定基準**の要件を確認する以外には使用しません。

* 証明内容に変更が生じた場合は、すみやかに**在籍園**又は高浜市こども未来部こども育成グループ(いきいき広場3階)まで連絡してください。