

病気等証明書

[病院長、医師の方へ]

5

この証明書は、保育園・こども園などの入園申込及び継続申請のために必要なものです。児童の保護者及び同居の祖父母等に提出をお願いしていますので、お手数ですが太線内を証明願います。なお、訂正箇所がある場合は、院印等により訂正してください。

(あて先)橋本市長 橋本市福祉事務所長

対象者 (保護者記載)	氏名	(申込児との続柄)	
	住所	〒	
	子どもの氏名	(年 月 日生)	園へ 在園 ・ 入園希望
		(年 月 日生)	園へ 在園 ・ 入園希望
(年 月 日生)		園へ 在園 ・ 入園希望	

病院、医師記入欄 (保護者が記入した場合、この証明書は無効となります)

疾病、負傷、障がいの場合

病気・負傷	病名等		
	病状	<input type="checkbox"/> 入院中 入院年月日 (年 月 日) 退院終了見込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日(頃)予定)	
		<input type="checkbox"/> 通院中 週 回 または 月 回 通院終了見込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日(頃)予定)	
<input type="checkbox"/> 自宅療養での状況 <input type="checkbox"/> 常時伏臥 <input type="checkbox"/> 特定疾患又は感染症 <input type="checkbox"/> 常時安静			
障がい	障がい名		
	精神	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を有している 級	
	療育	<input type="checkbox"/> 療育手帳を有している A ・ B	
	身体	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を有している 級	
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 病院名 代表者名 印 担当者(記入者) 電話番号			

※ 必ず全ての項目についてご記入ください。

※ この証明書は、保育を必要とする事由を確認する目的以外で使用することはありません。

【問合せ先】橋本市健康福祉部こども課 保育幼稚園係

TEL. 0736-33-6102