

(保護者記入欄)

父・母・祖父・祖母（この証明の該当者に○をしてください。）

児童氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☐ 在所中 在所保育施設名 _____☐ 申請中 (_____) 年 (_____) 月 入所希望で申請※在所中か申請中のいずれかに
☑をつけてください。

※以下は医師に記入してもらってください。

診 断 書

東松山市長 宛て

年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師 名

次のとおり診断する。

氏 名	
生 年 月 日	
診 断 名	
児童の保育についての所見	
☐ 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である	
☐ 上記の者は、児童の保育が困難な状況である	
☐ 上記の者は、児童の保育が部分的に困難な状況である	
今後の状況	
☐ 1年以上治る見込みがない	
☐ _____か月以上治る見込みがない	
☐ その他 (_____)	
備 考	

注 意 事 項 (記入者様へ)

1 お手数ですが、上記事項を漏れのないようにご記入ください。

2 この書類に関する費用の負担は請求者（患者）になります。