

診 断 書

診断書の有効期間は、証明日から3か月間です。ただし、新年度4月の申請については、10月1日以降の証明が有効になります。

(あて先) 昭 島 市 長

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印

下記のとおり診断する。

フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日 (歳)
診 断 日	年 月 日	
傷 病 名		
上記傷病による 児童保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不可	
症 状 等	※保育が困難な状況を、具体的に記入してください。	
今後の治療 見込期間	入院	年 月 日 ~ 年 月 日
	通院	年 月 日 ~ 年 月 日 (通院の頻度：週 回 / 月 回)
上記傷病による 家族の看護・介護の 必要性及び状況	<input type="checkbox"/> 必要としない	
	<input type="checkbox"/> 必要とする (頻度：週 回 / 月 回)	
	※介護・看護が必要な状況を、具体的に記入してください。	

保護者記入欄 ※申請中で提出する方は、第1希望の利用施設名を記入し、申請中に○をしてください。

児童氏名 (複数の場合、連名可)	生年月日	申請中・入所中	利用施設名
		申請中・入所中	

【問合せ先】 昭島市子ども家庭部子ども育成支援課保育所幼稚園係
(直通) 042-544-4189 (代表) 042-544-5111 内線 2162~2165