

※入所児童が複数の場合は、原本1枚と、その他はコピーを入所人数分提出

児童氏名		生年月日	H・R	年	月	日	入所(希望) 施設名	
児童氏名		生年月日	H・R	年	月	日	入所(希望) 施設名	
児童氏名		生年月日	H・R	年	月	日	入所(希望) 施設名	

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

病名 ()

① 上記の者は、療養のため、日常の児童の保育ができないと認める。

保育ができない期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

② 上記の者は、日常生活において看護・介護の必要を認める。

看護・介護の必要な期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医師名

㊞

(医療機関の方へ)

※この診断書は、認可外保育施設等入所第2以降保育料無償化事業に必要な書類ですので、正確に記入願います。

※この診断書の記載ができない場合は、上記内容を具備する診断書の作成をお願いします。

お問い合わせ先：下松市こども未来課 Tel0833-45-1879