

# 診断書

(無償化給付申請用)

患者	名前		生年月日	年 月 日
	住所			
傷病名				
医師の意見・現在の病状等		※該当する項目にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 当該患者は、上記内容から児童の保育ができないと認める。(疾病・障がい) <input type="checkbox"/> 当該患者は、上記内容から親族による介護・看護の必要を認める。(介護・看護)		
治療見込期間		※該当する項目にチェックを入れ、「あり」の場合、期限を記入してください <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 ~ 年 月 日ごろまで <input type="checkbox"/> 無期限		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名 印				

## 保護者記入欄

利用状況	<input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 無償化	児童名	生年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 無償化			年 月 日

- この書類は、無償化制度の申請にあたり、保護者の保育を必要とする事由を確認するためのものです。
- チェックボックスがある欄にチェックを入れ、必要事項の記入をお願いいたします。
- 訂正の際は二重線を引き訂正印を押印してください。
- 本診断書の内容について、吹田市保育幼稚園室より直接照会させていただくことがあります。
- 記入にあたり、ご不明な点等がありましたら、下記問合せ先までご連絡ください。

《本証明書の提出先及び問合せ先》

〒564-8550  
吹田市泉町1丁目3番40号(住所記載不要)  
吹田市児童部保育幼稚園室 入園グループ  
直通電話 06-6384-1592