

(児童名)	平成・令和	年	月	日生	(施設名)
(児童名)	平成・令和	年	月	日生	
(児童名)	平成・令和	年	月	日生	

疾病・障害又は介護・看護証明書

疾病・障害の方又は介護・看護をしている方	氏名		児童との続柄	
＊疾病・障害の場合に記入				
傷病名・障害名等			病院名	
治療等見込期間 および状況等	平成・令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 1.入院 2.通院（週 回） 3.自宅療養 状況等（ ）			
添付書類	身体障害者手帳等のコピー ＊提出により、医師の証明を省略できる場合があります。			
＊介護・看護の場合に記入				
介護・看護 が必要な 方の氏名		児童との続柄		生年月日 S・H・R 年 月 日
	1.同居 2.別居（住所： ）			
介護・看護 の状況	従事時間	平 日：午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 土曜日：午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		
	従事日数	週 平均 日		
	介護・看護 の内容	(例) 身のまわりの介護（要介護2）、食事の介助、病院への送迎（週3回）		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 病院名 医師名 電話 ()				

＊内容確認のため、証明者等に問い合わせることがありますのでご承知おき下さい。