

(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。				
所在地	令和 年 月 日			
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。