

診 断 書

患者	住所						
	氏名	(男・女)					
	生年月日	年	月	日	(歳)	
	病名						
治療見込期間	年	月	日	~	年	月	日
医師所見							
病状・治療上から見て、患者は日中、児童の保育ができますか？						保育できる ・ 保育できない	
病状・治療上から見て、患者は日中、家族等(医療機関等以外)の看護や介護が必要ですか？						必要とする(※) ・ 必要としない	
上記のとおり、診断します。							
令和 年 月 日							
医療機関住所							
医療機関名							
担当医師名							
(印)							

申 立 書

介護の時間等について保護者の申立 (※必要とする場合のみ記入してください。)						
令和 年 月 日						
精華町長 様						
保護者氏名						
(印)						

(注) 1. 通院時間・介護に欠ける状況を保護者が具体的に記入してください。
2. 申立書の内容が事実と異なる場合は、入所(利用)を取消すことがあります。

●保護者記入欄

児童名:	生年月日	年	月	日	保育所・放課後児童クラブ <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名:	生年月日	年	月	日	保育所・放課後児童クラブ <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名:	生年月日	年	月	日	保育所・放課後児童クラブ <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名:	生年月日	年	月	日	保育所・放課後児童クラブ <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)