

診 断 書

患者	住所								
	氏名	(男・女)							
	生年月日	年	月	日	(歳)			
	病名								
治愈見込期間	平成 令和	年	月	日	～	令和	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、認定を取消すことがあります。