

診断書

以下のうち該当する番号を○で囲んでください。

- 1 下記の者は、治療のため児童の保育ができないと認める。
- 2 下記の者は、日常生活において常時介護の必要を認める。

氏 名 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住 所 _____

診 断 名 _____

(具体的な内容)

入 院 不要・要 (見込期間 年 月 日～ 年 月 日)

通 院 不要・要 (見込期間 年 月 日～ 年 月 日)

治療見込期間 年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

※この診断書又は同内容を具備する診断書をご提出ください。

※主治医または医療機関（整骨院、接骨院以外）が本書の記入をお願いします。

【注意事項】

本診断書は保育所等の入園手続きにおける申請者の負担軽減等の観点から、医療機関等の押印を省略して提出していただくことが可能です。ただし、申請者自身が偽造、変造（無断作成・改変）した場合は、発行元の押印がない場合であっても「有印私文書偽造罪」などの構成要件に該当すると認められる場合には、各罪が成立し得ますのでご注意ください。また、必要に応じて医療機関等への電話による確認や追加書類の提出を求められる場合があります。

上記の注意事項の内容について確認し、大村市から調査・報告・是正のための対応を求められる場合、これに応じます。

[申請者署名]