

診 断 書 (施設等利用給付認定申請用)  
(2号認定用)

播磨町長 様

児童氏名 (生年月日)	(H・R 年 月 日生)
	園名
	(H・R 年 月 日生)
	園名

1. 受診者氏名 性別 男・女  
生年月日 明治・大正 昭和・平成 年 月 日生

2. 傷病名

3. 治療期間 (または治癒見込み期間)  
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4. 疾病・負傷の状態 (受診者の家庭における児童の保育が困難な症状の程度)  
(A~Dのいずれかにチェックをつけてください。)

入院	<input type="checkbox"/> A : 入院のため
居宅内療養	<input type="checkbox"/> B : 家庭内において常時臥床状態の安静が必要であるため。
	<input type="checkbox"/> C : 家庭内において日常生活に著しい制限を要する加療が必要であるため。 又は、週3日以上通院もしくは通所が必要であると見込まれるため。
通院	<input type="checkbox"/> D : A~Cよりは軽度であるが定期的に通院が必要であるため。

※所見欄

入・通院治療日 (○印をつけて下さい。)  
証明月 月より過去 ( ) ヶ月間 ※過去3ヶ月間の治療日に○を記入してください。

月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	

上記のとおり療養のため児童の保育が困難と認める。 令和 年 月 日

病院 (診療所) 所在地

病院 (診療所) 名  
電話番号 ( )

医 師 名