

# 病 気 療 養 証 明 書

肝付町長 様

証明日 令和 年 月 日

## ※保護者記入欄

園 名	
子 ども の 氏 名	

所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ ㊦

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_ ㊦

下記の事項について、証明いたします。

病 気 療 養 治 療 を 受 け て い る 方 の 情 報	住 所	
	(ふりがな) 氏 名	生年月日 年 月 日
	子どもとの続柄	
	病 名	
	具 体 的 な 症 状	
		家庭内において、子どもを保育することが【可能・不可能】である。
通 院 状 況	週 ・ 月 に 回	
入 院 状 況	年 月 日 から 年 月 日 まで	
その他申告事項		

## ※ 保護者等記入欄

同 意 署 名 欄	上記内容を、保育の必要性を証明する書類として使用すること及び診断書や手帳の写し等の提出に同意します。 (※氏名を自分で記入することができない場合は、代理人が責任をもってそのことを証明します。)
	介護を受けている方・代理人(該当に○) 氏名 _____ ㊦

※ 要介護認定を受けられている方は、介護保険証の写しを併せて提出してください。

※ 要介護認定を受けられている方以外は、各種障害手帳の写し又は診断書を併せて提出してください。

**裏面に記載されている注意事項を必ずお読みください。**

# 記 入 上 の 注 意

- 証明日等、記入漏れがないようお願いします。
- 証明事項に虚偽がある又は実態と異なる場合は、取消しとなることがありますのでご了承ください。
- 記入内容を訂正する場合は、修正液等を用いず、訂正箇所には2重線を引き、その上に訂正印を押印してください。
- 証明事項について不備や疑義がある場合は、町の担当職員が電話等で確認することがありますので、あらかじめご了承ください。

-----以下は記入しないでください-----

※市町村記載欄

市町村記入欄	<input type="checkbox"/> 1週間の実働時間:[ ]時間[ ]分	<input type="checkbox"/> 標準時間
	<input type="checkbox"/> 1カ月の実働時間:[ ]時間[ ]分	<input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 認定外