

通院（入院）証明書

〔 認定こども園 入園・継続用
学童保育所 入所申込み用 〕

今金町長 様

年 月 日

申立者氏名	⑩ (児童との続柄)		
申立者住所	(〒 -) Tel		
入園申込 児童氏名		H・R	年 月 日生
		H・R	年 月 日生
		H・R	年 月 日生
		H・R	年 月 日生

次のとおり ①通院 ②入院 していることを証明します。

通院(入院)者氏名	(申立者との続柄)		
通院(入院)の状況	通院	年 月 日 通院開始 年 月 日 完治予定 週・月 _____回 程度通院	
	入院	年 月 日 入院 年 月 日 退院(予定)	
病名			
通院の場合の 日常生活の概況 <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい	<input type="checkbox"/> 症状が非常に重く、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならない。 <input type="checkbox"/> 病状、服薬等の影響で仕事などを中断し、療養する必要がある。 <input type="checkbox"/> 病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。 <input type="checkbox"/> その他 ()		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

医師名

⑩

※ この申立書は、認定こども園又は学童保育所 への入園(所)及び継続通園の要否判定に使用する
ものです。

それ以外の目的に使用することはありません。