**様式４**　この診断書は、保育施設の利用申込みにあたり、**保育を必要とする理由を確認するため**の書類と

なりますので、ご協力お願い致します。（記載の問合せ先：仙北市子育て推進課　℡0187-43-2280）

**診　断　書**

**（障がい・疾病、看護・介護）**

氏　　名：

住　　所：

生年月日：大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日生

**【診断内容】**

病　　名：

　　　病状詳細

**【通院・入院・療養期間の状況】**

　　　・通院　　　　月・週に　　　日の通院が必要

　　　・入院　令和　　　年　　月　　日　～ 令和　 　年　　月　　日

　　　・療養期間　令和　　　年　　月　　日まで必要

　　◆保育施設を利用する児童の保護者の診断書の場合

　　　　⇒**日中自宅で児童を保育することについて**　　　**可**　　・　　**不可**

　　◆保育施設を利用する児童の保護者に介護・看護される人の診断書の場合

　　　　⇒**看護や介護の必要性について**　　　　　　　**必要**　　・　　**必要なし**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　必要期間：令和　　　年　　　月　　日まで

　　◆保育施設を利用する児童の診断書について

　　　　⇒**本児童の集団保育について**　　　　　　　　　**可**　　・　　**不可**

**上記のとおり、診断する。**

**令和　 　年　　月　　日**

**医療機関所在地**

**証明医療機関名**

**医師名・印**

|  |  |
| --- | --- |
| **添付書類** | □介護保険者被保険者証　□身障手帳　□精神手帳　□療育手帳　□その他（　　　　　） |

**≪保護者記入欄≫**※入園児童が２人以上いる場合は、１番年少のお子さんをご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所（予定）施設名 | |  | | |
| 児童  氏名 | (フリガナ) | | 保護者  氏名 | (フリガナ) |
| （　　　　年　　月　　日生） | |  |
| 連絡先 | TEL　　　　－　　　　－ |