

# 診 断 書

申請児童保護者 住 所 氏 名	児 童 氏 名 生 年 月 日                      年    月    日 保 育 施 設 名 診断を受ける方と児童との続柄
-----------------------	--

申請者が記入

<b>【診断を受ける方】</b>	
住 所	
氏 名	
生年月日                      年            月            日	

<b>【病名】</b>	<b>【初診年月日(発病年月日)】</b>
	年            月            日

<b>■症状等から該当するものに☑を付けてください。</b> <input type="checkbox"/> 軽症であり、定期的通院を要しない。 a. <input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要する。 b. <input type="checkbox"/> おおむね3～6ヶ月間の治療を要する。 c. <input type="checkbox"/> おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する。 d. <input type="checkbox"/> 常時、安静が必要、または臥床状態である。	<b>■日常生活及び保育について該当するものに☑を付けてください。</b> <input type="checkbox"/> 保育への支障はない。 I. <input type="checkbox"/> 保育への支障は少ない。 II. <input type="checkbox"/> 保育に一部支障がある。 III. <input type="checkbox"/> 保育に支障がある。 IV. <input type="checkbox"/> 保育は不可能である。
---	---

<b>■看護・介護が必要な方の場合は、該当するものに☑を付けてください。</b>	
① <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活は営める(介助不要)	
② <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活が営めるが、入浴等に一部介助が必要。	
③ <input type="checkbox"/> 立ち上がりや歩行が安定しない。排泄、入浴などに一部介助が必要。	
④ <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分で難しい。排泄、入浴などに一部または全部の介助が必要。	
⑤ <input type="checkbox"/> 起き上がり、寝返りが自分ではできず、排泄、入浴、衣服の着脱等に介助が必要。	
⑥ <input type="checkbox"/> 入浴・排泄・衣服の着脱など多くの日常の行為に全面的な介助が必要。	
⑦ <input type="checkbox"/> 生活全般において、全面的な介助が必要。	

<b>■病状及び所見(児童の父母の場合、児童の保育ができない状況をご記入ください。)</b>	
※就労制限等がある場合は、ご記入ください。	

医師が記入

通院及び 自宅療 養見込 期間	年    月    日から 年    月    日まで 週            回 又は月            回	入院 期間	年    月    日から 年    月    日まで
--------------------------	---	----------	--------------------------------

<b>【診断書作成年月日】</b> 年            月            日	
検診医	<b>【医療機関名】</b> <b>【住 所】</b> <b>【電話番号】</b> <b>【医師名】</b>
	(印)

教育・保育給付等認定の変更認定申請欄

※新規申込の場合は、こちらの記入は不要です。

※「変更事項」は、変更となる箇所のみご記入ください。

令和      年      月      日

変更申請の事由	<input type="checkbox"/> 保育必要事由の変更 <input type="checkbox"/> 保育利用時間の変更 <input type="checkbox"/> 認定有効期間の変更 <input type="checkbox"/> その他						
認定変更の要否・変更年月日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要【 令和      年      月      日から変更 】						
変更事項	【 変 更 前 】			【 変 更 後 】			
認定区分	教育・保育給付認定	<input type="checkbox"/> 1号	<input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 1号	<input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 3号
	施設等利用給付認定	<input type="checkbox"/> 1号	<input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 1号	<input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 3号
保 育 必 要 事 由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他			
保 育 必 要 量	<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間			<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間			
認 定 有 効 期 間	R . . . . . ~ R . . . . .			R . . . . . ~ R . . . . .			
利用者負担額に関する事項							

受付職員(                  ) 確認職員(                  )