

様式第3号（第5条関係）

(保護者記入例欄)	
父・母・祖父・祖母（この証明の該当者に○をしてください。）	
児童氏名	_____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 在所中	在所保育施設名 _____ ※在所中か申請中のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。
<input type="checkbox"/> 申請中	( ) 年 ( ) 月入所希望で申請

※以下は医師に記入してもらってください。

## 診 断 書

小川町長 宛て

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

⑩

次のとおり診断する。

氏 名	
生年月日	
診 断 名	
児童の保育についての所見 <input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である <input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の日中の保育が困難な状況である <input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の日中の保育が部分的に困難な状況である <input type="checkbox"/> その他 ( )	
今後の状況 <input type="checkbox"/> 1年以上治る見込みがない <input type="checkbox"/> _____ヶ月以上治る見込みがない <input type="checkbox"/> その他	
備 考	

注意事項  
(記入者様へ)

- 1 お手数ですが、上記事項を漏れのないようにご記入ください。医師印も必ず押印してください。
- 2 この書類に関する費用の負担は請求者になります。