

傷病証明書（介護用）

（医師） 様

住所 玉村町大字

申請者

氏名

〔 児童との続柄  
父・母・祖父・祖母・他（ ） 〕

保育関係施設の利用に関する書類に医師の証明が必要となりますので、証明願います。

医 師 の 証 明 書

住 所 玉村町大字

氏 名 (年齢 歳)

病 名

1. 現在の心身の状況についてご記入ください。

---

---

---

2. 上記患者に対する介護等の必要性についてご記入ください。

- 1) (自宅・病院) での (一部介助・全介助) が必要と考える。
- 2) 自立していると考えられる。

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

病院（医院）名

医師名

印

電話番号

利用希望施設名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

児童氏名 \_\_\_\_\_

※申込児童全員の氏名を記入してください