

保育の利用を必要とする確認書

◆妊娠・出産、疾病・障がい、災害復旧、就学、介護等の場合（様式2）

上天草市長 様

| | | | |
|-------|---------|--------|--|
| 住 所 | (行政区:) | | |
| 児童の氏名 | | | |
| 対象者氏名 | 印 | 児童との続柄 | |

| | | |
|---|------------|---|
| 状 | 出 産 | 出産予定日（平成 年 月 日） ※母子手帳の写しを添付してください。 |
| | 疾 病 ・ 障 がい | <input type="checkbox"/> 病気 病名： 入院期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日（見込み） ※下記の診断書証明を受けてください。 <input type="checkbox"/> 障がい：身障者手帳 級 ※障害者手帳の写しを添付してください。 |
| | 災 害 復 旧 | 災害復旧の従事地： 従事期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日（見込み） 従事理由： |
| 況 | 就 学 | 学校名： 学部： 学年： 学校住所： 入学年月日：平成 年 月 卒業予定年月日：平成 年 月 就学時間： 時 分～ 時 分 通学時間： 時間 分 ※在学証明書を添付してください。 |
| | 介 護 等 | <input type="checkbox"/> 入院（病院名： ） <input type="checkbox"/> 在宅 対象者氏名： （児童との続柄： ） 看護・介護の時間 週 回 1日 時間 ※下記の診断書証明を受けてください。 |

| | |
|--------------|----------------------|
| 診 断 書 | |
| 患者氏名： | 生年月日： 年 月 日 |
| 病名： | |
| 加療見込期間： | 年 月 日～ 年 月 日 |
| 加療の方法： | 入院・通院・往診・投薬のみ・その他（ ） |
| 上記のとおり診断します。 | |
| 平成 年 月 日 | |
| | 医療機関名： |
| | 所在地： |
| | 医師氏名： 印 |

※診断書は病院等が発行する診断書でも可能です。