

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	㊟	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：
	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： ㊟	

※診断書は病院等が発行する診断書でも可能です。