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	

状況	出産	出産予定日（令和　　年　　月　　日） ※母子手帳の写しを添付してください。
	疾病・障がい	□病気　病名： 入院期間：令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（見込み） ※下記の診断書証明を受けてください。 □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：令和　　年　月　日～令和　　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：令和　　年　　月　卒業予定年月日：令和　　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	□入院（病院名：　　）　□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。

令和　　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。