

診断・証明書

湯沢市長 様

住所

氏名

生年月日

児童との続柄

〈診断・証明事項〉

傷病名

病状

入院または療養期間

年 月 日まで ・ 未定 ※

日中自宅で児童を保育することについて 可 ・ 不可 (いずれかに○)

上記のとおり診断・証明します

年 月 日

(証明医療機関・医師名・印)

※療養期間が未定で、日中自宅で児童を保育をすることが不可の場合は、保育の認定を6か月とします。療養期間を延長される場合は、再度診断・証明書を提出してください。