

*美波町記入欄

| | |
|---------|--------|
| 継続 ・ 新規 | 児童管理番号 |
|---------|--------|

保護者記入欄

| | | |
|---|-----|--------|
| こども園 <small>※第1希望の施設をご記入ください</small> | 児童名 | 年 月 日生 |
|---|-----|--------|

申込児童が2人以上の場合は、人数分ご用意ください。(コピー可)

疾病・障がい 証明書

保護者記入欄

| | | |
|--------|--|--------|
| 患者氏名 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 児童との続柄 | 児童の (父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・) | |
| 手帳の交付 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <small>※裏面に手帳のコピーを添付ください。 (等級、障がい名、有効期限・再認定期間がわかる状態のもの)</small> <input type="checkbox"/> なし <small>※下欄に医療機関による証明を受けてください。</small> | |

医療機関記入欄 ※いずれの手帳も交付されていない方は、医療機関による証明が必要です。

| | |
|--------|--|
| 病気等の程度 | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 常時ねたきり <input type="checkbox"/> 安静を要する <input type="checkbox"/> 通院を要する <input type="checkbox"/> その他 () (付記) |
| 療養見込期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |

上記のとおり診断します

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 名

印