

児 童 名	
児童の生年月日	

診 断 書

患者住所.....

氏名.....

児童との続柄（ ）

上記の者について、下記のとおり診断いたします。

記

1 患者の病状

(1) 病名

(2) 病状

2 治療見込期間

(1) 入院 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日頃まで

(2) 通院 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日頃まで

3 生活状況

(1) 家族の看護（常時観察・介護）を必要と（する。しない。）

(2) 常時観察は不要だが、日常生活全般で恒常的な介護が必要で（ある。ない。）

令和 年 月 日

盛岡市長 様

医療機関名.....

担当医師名.....㊟

この書類は、盛岡市認可外保育施設保育料給付金の支給申請に当たり、児童の保護者等が盛岡市長に提出するものです。