

施設名	
認定番号	

児童名	
児童の生年月日	

診 断 書

患者住所.....

氏名.....

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 令和 年 月 日頃まで

(2) 通院 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日頃まで

3 生活状況

<申請保護者本人が治療を要する又は障がいの有する場合>

(1) 常時、臥床状態（である。ではない。）

(2) 安静を必要と（する。しない。）

(3) 子どもの保育が（できる。できない。）

<申請保護者が治療を要する又は障がい有する親族の介護又は看護にあたる場合>

(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.....⑩

この書類は、盛岡市認可外保育施設保育料給付金（又は盛岡市幼稚園等副食費補足給付金）の支給に当たり、児童の保護者等が盛岡市長に提出するものです。