

大府市長・大府市教育委員会 宛

年 月 日

証明者 住 所

病 院 名

担当医師 ⑩

Tel

下記のとおり相違ないことを証明します。※①～④を全てご記入ください。

① 傷 病 者 等 氏 名			
② 傷 病 名 等	指定難病（該当あり ・ 該当なし）		
③ 発 病 日 等	年 月 日		
④ 治 療 等 の 状 況 ※該当項目にチェックし、①～⑤の必要事項を記入してください。	☐ 通 院（下記①・②・③を記入してください） ☐ 家庭での介（看）護（通院含む）（下記①・③・④を記入してください） ☐ 入 院（下記⑤を記入してください）		
	①通院頻度	月に 日	
	②③の傷病等による 児童育成または保 育への支障有無	☐ 児童の育成または保育に概ね支障なし ☐ 常時児童の育成または保育が困難（下記へ理由を具体的に記入してください） ≪児童の育成または保育が困難と判断する理由≫	
	④介（看）護の状況	☐ 月に 日 ☐ 常時 ≪介（看）護の内容を具体的に記入してください≫	
	⑤治癒の見込み	☐ 有→〔 ☐ 年 月 ☐ 未定 〕 ☐ 無	
	⑥入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	

●保護者記入欄

児童名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
施設名			
傷病者等住所	大府市		
傷病者等氏名	フリガナ	上記の児童と 〔同居・別居〕している	児童からみた 続 柄
介（看）護者氏名	フリガナ	上記の児童と 〔同居・別居〕している	児童からみた 続 柄

- （注１）証明書を訂正する場合は、二重線で消し、訂正印（証明者印）を押してください。
 （注２）放課後クラブでの育成や保育所等での保育が必要と判断できない場合は入所出来ません。
 （注３）事実と相違した場合は入所を取り消します。