

下記①～③に該当しない場合は、保育認定を受けられない
可能性があるため、事前に保育担当へ御相談ください。

医師の意見書 (同居親族の介護等)

(宛先) 北本市長

1	氏 名	
2	生 年 月 日	年 月 (歳)
3	初 診 日	年 月 日
4	診 断 名	
5	現 在 の 状 況	(該当項目に○印等をご記入くださるようお願いいたします。)

① _____年 _____月 _____日より 入院中 ・ 入院予定 であり、
月間48時間以上の家族の介護・看護・付添を要する。
(1回4時間、週3回、4週で月間48時間になります。)

② 月間48時間以上、治療のため通院中であり、通院には家族の付添を要する。
(1回4時間、週3回、4週で月間48時間になります。)

③ 現在自宅療養中で、介護・看護を要する。

※この証明書は、北本市の保育施設利用申請に使用するものです。

令和 _____年 _____月 _____日

医療機関 所在地 _____

名 称 _____

電話番号 _____

診療担当科名 _____

医 師 名 _____ (印)