

下記①～④により、「家庭での保育は困難である」と認められない場合は、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 (保護者の疾病等)

(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○印のご記入及び□にチェックをしていただくようお願いいたします 〕
<p>① _____年 _____月 _____日より 入院中 ・ 入院予定 である。</p> <p>② 1か月に_____日、治療の為通院中である。</p> <p>③ 下記状況により自宅療養を要する。</p> <p><input type="checkbox"/> 常時寝たきりである</p> <p><input type="checkbox"/> 日常的に安静が必要である</p> <p>④ その他 (_____)</p>		
<p>上記の理由により</p> <p>家庭での保育は困難である。 (該当の場合のみ、保育を必要とする事由 (疾病・負傷・障害) となります)</p>		

※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)