

介護・看護などの事由で保育所等をお申込みになる方で、介護認定や身体障害者手帳等を受けている場合は、それぞれを確認できる書類を添付してください。また、介護スケジュール等の日程がわかるものを添付してください。

④ 保育所等を介（看）護の 事由で申し込みされる方用	保育所等を必要とする 子 ども 氏 名			平成・令和 年 月 日生
	診断を受けた方と 子 ども と の 続 柄		同居の 有・無	同居 ・ 別居

保護者の方は、太枠内のみご記入ください。その他に記入があった場合、保育の必要性の判断ができないことがあります

診 断 書

(あて先) 入間市長
入間市福祉事務所長

氏 名			生 年 月 日	昭・平・ 令 年 月 日生 (歳)
傷 病 名			初 診 日	昭・平・ 令 年 月 日頃
治 療 期 間 (見 込)	年 月頃まで (か月程度)	・ 不明	外 来 通 院 回 数	1 週間に 回 ・ 1 か月に 回
入 院 期 間 (予 定)	過去 年 月 日 ～ 年 月 日 (か月) 現在			
総合所見				
生活能力の程度で該当する数字に○を付けてください。				
生活能力の 程度	1. 身の回りのことはほとんどできない状態			
	2. 日常生活に著しい制限を受け、常時介護が必要な状態			
	3. 日常生活に著しい制限を受け、時に介助が必要な状態			
	4. 日常生活または社会生活に一定の制限を受け、時に看護が必要な状態			
	5. 日常生活及び社会生活には支障がない			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日				
医 療 機 関 所 在 地 _____ 名 称 _____ 電 話 番 号 _____ 診 療 科 名 _____ 医 師 氏 名 _____				