

様式第1号

入所（申込み）施設名 \_\_\_\_\_  
入所（申込み）児童氏名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

疾 病 証 明 書

阿久比町長 殿

住所  
申請者  
氏名

I 入院の場合

傷病名	(発症日： 年 月 日)		
入院期間（予定）	年 月 日	～	年 月 日頃
介護・看護の必要	無 ・ 有 （ 毎日 ・ 週 日）		
退院後の見込み			

II 通院の場合

傷病名	(発症日： 年 月 日)		
通院状況	週 日	治癒の見込み	年 月 日
介護・看護の必要	無 ・ 有 （ 毎日 ・ 週 日）		
家庭での保育に 与える影響			

※ 調査確認欄 (記入不要)
年 月 日 訪問・電話・来所 担当者

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名  
所在地  
担当医師名  
電話番号

— —