

|                 |   |               |         |
|-----------------|---|---------------|---------|
| <b>◆保護者記入欄◆</b> | これは（父・母・祖父・祖母・<br>）の証明です。<br>※入所申請にあたっては、基本的に、申請児童本人の診断書の提出は不要です。<br>保育園等に在所・申請している兄弟姉妹も記入してください。 |               |         |
| 申請（在所）児童氏名      | 生年月日  | 在所施設・申請状況     | 転所申請の有無 |
|                 | 年 月 日   | 在所(施設名： )・申請中 | 有 ・ 無   |
|                 | 年 月 日   | 在所(施設名： )・申請中 | 有 ・ 無   |
|                 | 年 月 日   | 在所(施設名： )・申請中 | 有 ・ 無   |

**◆以下、太枠内医師記入欄◆**

|  |       |        |  |
|--|-------|--------|--|
| <b>診 断 書</b>   |       | 〈保護者用〉 |  |
| 朝霞市長 宛   |       |        |  |
| 1 氏 名  |       |        |  |
| 2 生年月日   | 年 月 日 |        |  |
| 3 診 断 名  |       |        |  |
| <p>4 就学前児童の保育についての所見<br/>（下記の該当する項目のいずれかに○をつけてください）</p> <p>I 上記の者は、就学前児童の保育が完全に不可能な状況である。</p> <p>II 上記の者は、就学前児童の日中の保育が困難な状況である。</p> <p>III 上記の者は、就学前児童の日中の保育が部分的に困難な状態である。</p> <p>IV 上記の者は、就学前児童の保育が十分に可能な状態である。</p> |       |        |  |
| 上記のとおり診断します。   |       | 年 月 日  |  |
|  |       | 医療機関名  |  |
|  |       | 所在地    |  |
|  |       | 電話番号   |  |
|  |       | 医師名    |  |
|  |       | 印      |  |

※この書類に関する費用等は請求者（患者）の負担になります。