|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◆保護者記入欄◆ | これは(父・母・祖父・祖母・　　　　　)の証明です。  ※基本的に申請児童本人の診断書の提出は不要です。 | |
|  |
| 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 |
|  | 年　　月　　日 | 在所(施設名:　　　　　　　　　　)・申請中 |
|  | 年　　月　　日 | 在所(施設名:　　　　　　　　　　)・申請中 |
|  | 年　　月　　日 | 在所(施設名:　　　　　　　　　　)・申請中 |

|  |
| --- |
| ◆以下、太枠内医師記入欄◆ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **診　断　書　<保護者用>**  朝霞市長　宛 | | | | |
| 1. 氏名 |  | | | |
| 1. 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 1. 診断名 |  | | | |
| 1. 就学前児童の保育についての所見   (下記の該当する項目のいずれかに○をつけてください)   * 1. 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   2. 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   3. 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況である。   4. 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。 | | | | |
| 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。