様式②

≪保護者記入欄≫

どちらかを○で囲んでください。	児童名	児童との続柄
申込中 ・ 在園中	第一希望／在園施設名	児童生年月日
		・ ・

診　断　書

（あて先）　浜松市長

証明日　令和　　年　　月　　日

※証明日が証明書提出日３ヶ月以前の場合は無効となります。

下記のとおり診断します。

所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 医 師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

※担当医師の印、証明日の記入がないものは無効となります。

※　以下の太線内は担当医師が記入してください。

氏　　名		（ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ）　　年　　月　　日生
傷 病 名		
病　　状		
治療期間（該当するものに☑）	通院	通院期間　平成・令和　年　月　日から 令和　年　月　日頃まで 通院の頻度　□月　□週　　回
	入院	□ 入院予定　入院開始予定日　令和　年　月　日 □ 入院中　入院期間　平成・令和　年　月　日から 令和　年　月　日頃まで （ 退院後　□通院予定あり　□通院予定なし　□未定 ）
総合所見（日常生活能力の程度）（該当するものに☑）		□ 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。 □ 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 □ 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。

※診断書の記入用紙については「幼児教育・保育課」で受領または「子育て情報サイトぴっぴ」から
ダウンロードしてください。

【問い合わせ先】浜松市役所　幼児教育・保育課		
認可保育施設の申込みをする場合	保育相談センター	TEL:053-457-2833
認可保育施設に在籍している場合	入所管理グループ	TEL:053-457-2867
幼稚園・認定こども園（幼稚園機能）での預かり保育や認可外保育施設の無償化申請をする場合	無償化事業グループ	TEL:053-457-2118
認証保育所の保育料負担軽減認定申請をする場合	制度運営グループ	TEL:053-457-2827

書類のダウンロードはこちらから