

様式②

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。

《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
	第一希望／在園施設名	児童生年月日
申込中 ・ 在園中		・ ・

所在地

医療機関名

電話番号

担当医師

印

※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。

※この用紙は「幼保支援課」で受領または「子育て情報サイトぴっぴ」からダウンロードできます。

【問い合わせ先】浜松市役所 幼保支援課		書類のダウンロードは こちらから
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	給付・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	企画・制度グループ TEL:053-457-2827	

