

(年度)	(施設名)	(児童氏名)	(児童生年月日)
年度			年 月 日
			年 月 日

病気・介護（看護）証明書

傷病等の家族名				児童との続柄	父・母・その他( )					
傷病等の名称										
介護（看護）の必要の度合または児童の保育が困難な状況										
通院・入院の期間	通院 週	回	入院	年	月	日	～	年	月	日
上記のとおり児童の保育ができないことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関 ----- 住所 ----- 氏名 <span style="float: right;">印</span> -----										

○上記内容に相違した場合は、施設等利用給付認定後であっても認定を取り消し、給付額を返還してもらう場合があります。  
 ○出産に伴う傷病の場合は、母子手帳の写しをあわせてご提出ください。  
 ○ご不明な点がある場合は、茨木市保育幼稚園事業課までお問い合わせください。[TEL 072(620)1638]

記入例

傷病等の家族名	茨木 花子			児童との続柄	父・母・その他( )						
傷病等の名称	〇〇病										
介護（看護）の必要の度合または児童の保育が困難な状況	平成30年10月ごろから〇〇病により、投薬で自宅療養中。 △△や□□の症状があり、日中の児童の保育が困難である。										
通院・入院の期間	通院 週	1	回	入院	年	月	日	～	年	月	日
上記のとおり児童の保育ができないことを証明します。 <div style="text-align: right;">令和 元 年 7 月 20 日</div> 医療機関 <span style="float: right;">○×病院</span> ----- 住所 <span style="float: right;">茨木市〇〇町△-□</span> ----- 氏名 <span style="float: right;">医師 高槻 太郎</span> <span style="float: right;">印</span> -----											