

三島市福祉事務所長 あて

年 月 日

住 所  
病院名  
証明者  
電話番号

下記事項について証明します。

氏 名	
住 所	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
病 名 等	
通院状況	週 回
	月 回
総合的に判断すると (該当する項目にいくつでも ○してください。)	<input type="checkbox"/> 児童の保育は困難である(好ましくない)
	<input type="checkbox"/> 今後、ヶ月は、児童の保育は困難である
	<input type="checkbox"/> 家族の介護が常時必要である
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
備 考	