

## ◆ 施設記入欄

継続 ・ 新規	番号	
---------	----	--

## ◆ To be filled out by the parent/guardian

Name of Childcare Facility:	Child's Name	Date of Birth (YYYY/MM/DD)	/ /
	Applicant's Relation to Child	Father ・ Mother ・ Grandfather ・ Grandmother ・ Other ( )	

※ If you are currently applying, please write the name of your top preferred childcare facility.

※ If you are applying for two or more children, please submit separate forms for each child.

## Certificate of Illness/Disability

### 疾病証明書

## ◆ To be filled out by the medical institution / 医療機関等記入欄

氏 名			
病 名			
症 状			
受 診 状 況	<input type="checkbox"/> 入院（期間など： ） <input type="checkbox"/> 通院（月・週 日程度）・その他（ ）		
疾病・障害の状況 並びに 児童を家庭保育 する上での困難度合い に関する意見	疾 病	<input type="checkbox"/> 常時伏臥・感染症に該当	
		<input type="checkbox"/> 上記以外で日常生活に著しい支障があり、他者の介助が必要	
		<input type="checkbox"/> 一般療養（運動、外出等が制限されているが、身の回りのことは自分で行える）	
	障 害	<input type="checkbox"/> 身体1～2級、精神1級、療育A、要介護度3～5に該当	
<input type="checkbox"/> 身体3級以下、精神2級以下、療育B、要介護度1～2に該当			
<input type="checkbox"/> 上記以外（要介護度要支援等）			
（上記の状況から、児童を家庭保育する上での困難度合い等に関して、ご意見があれば記入してください。）			
治療見込み期間	年	月	日 から 年 月 日 まで
上記のとおり相違ありません	医 療 機 関 名		
証明年月日	住 所		
令和 年 月 日	医 師 名		
	電 話 番 号		

Note: Please be sure to complete this form accurately, as it will be used for the approval of subsidies for the use of childcare facilities, approval of childcare benefits, and childcare admissions. We may contact your medical institution if deemed necessary. In the case there is fraudulent information on this document, approval and permission for the use of childcare facilities may be revoked, and we may request repayment of any benefits or expenses incurred for childcare.