

診 断 書

住所 _____ 年 月 日生

氏名 _____

病名 _____

加療の方法

- 投薬のみ
 通院（月当たりの日数： 日）
 往診（月当たりの日数： 日）
入院（入院期間： 年 月 日 ～ 年 月 日）
その他（ ）

傷病の程度

- 絶対安静
 常時介護・看護人必要
 乳幼児保育不可能
その他（ ）

保育できない理由・介護や看護が必要な理由等

()

加療見込期間 年 月 日 ～ 年 月 日

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名
医師名

印

出 産 証 明 書	身 障 証 明 書
<p>氏 名 _____ (申込日に母子手帳持参)</p> <p>出産又は 出産予定日 年 月 日</p>	<p>氏 名 _____</p> <p>身障手帳No. _____ (申込日に身障手帳・療育手帳持参)</p> <p>身体障害者 種 級 _____ 有効期限 年 月 日</p>
<p>上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者 印</p>	

<p style="text-align: center;">実 態 調 査 書</p> <p>(あて先)松本市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">調査者</td> <td style="width: 50%;">民生児童委員 氏 名</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">印</td> </tr> </table>	調査者	民生児童委員 氏 名	印
調査者	民生児童委員 氏 名	印		
<p style="text-align: center;">実態調査の結果は、下記のとおりです。</p>				