

疾病等の証明願

医療機関の長
又は主治医 _____ 殿申請者 住所 _____
(保護者)
氏名 _____

教育・保育給付認定申請（保育所等の利用申込み）のため、下記の事項について証明願います。

対象者名 _____ 申請者との続柄（ _____ ）

(以下、医療機関記入欄)

証 明 書

1. 傷病名 _____

2. 今後の経過および治癒見込み期間について

A. 入院の必要がある

期間：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日までの見込み

B. 通院の必要がある

期間：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日までの見込み

通院：一週間当たり _____ 回程度通院の見込み

C. 自宅等での療養の必要がある

期間：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日までの見込み

上記の者の疾病等について、上記のとおりであることを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

舞鶴市長 様

証明者 住所 _____

医療機関の長 _____

医療機関名
又は主治医 _____ 印