

幼稚園 保育所 認定こども園 小学校	児童名		年 月 日生	歳
-----------------------------	-----	--	--------	---

療 養 証 明 書				
患者氏名			児童との続柄	
病 名				入院 ・ 通院
病気の 程 度	家庭での保育	できる ・ できない		
	附記:			
病気療養見込期間				
上記のとおり相違ありません。				
			令和	年 月 日
病院名	_____			
医師名	_____	Ⓜ	電話	_____

- (備 考)
- ・この証明書は保育認定(小学生の場合は、スタディーアフタースクール利用認定)のために使用し、それ以外には使用しません。
 - ・記載内容について、善通寺市子ども課より、電話等にて確認させていただく場合があります。

幼稚園 保育所 認定こども園 小学校	児童名		年 月 日生	歳
-----------------------------	-----	--	--------	---

介 護 ・ 看 護 証 明 書				
患者氏名			児童との続柄	
病 名				
介護・看護 の 必 要	有 ・ 無	①入院 年 月 日～ 月	②通院 1ヶ月に	回
介護・看護者 氏 名			児童との続柄	
介護・看護 の 状 況				
上記のとおり相違ありません。				
令和 年 月 日				
病院名又は 地区名 _____				
医師名又は 民生委員氏名 _____ ⑩ 電 話 _____				

- (備 考)
- ・この証明書は保育認定(小学生の場合は、スタディーアフタースクール利用認定)のために使用し、それ以外には使用しません。
 - ・記載内容について、善通寺市子ども課より、電話等にて確認させていただく場合があります。

幼稚園 保育所 認定こども園	児童名		年 月 日生	歳
----------------------	-----	--	--------	---

診 断 書				
患者氏名		生年月日：	年 月 日生	(才)
病 名			入院	・ 通院
病気の 程 度	集団保育の可否		可	・ 否
	附記:			
病気療養見込期間				
上記のとおり相違ありません。				
令和 年 月 日				
病院名	_____			
医師名	_____	Ⓜ	電話	_____

- (備 考)
- この証明書は保育認定のために使用し、それ以外には使用しません。
 - 記載内容について、善通寺市子ども課より、電話等にて確認させていただく場合があります。