

傷病証明書

※保護者記載部分

羽曳野市教育委員会 様

保護者氏名			
児童会名	留守家庭児童会		
児童氏名		学年	新()年生
児童氏名		学年	新()年生
児童氏名		学年	新()年生

医療機関記載部分(申込者本人が記入した場合は無効となります。) ※保護者本人の傷病または保護者が傷病者を介護(看護)する場合

1	傷病者氏名	保護者との続柄(本人・)	
2	初診日	年	月 日
3	受診状況	通院(月・週 日程度)・その他()	
		入院(期間など:)	
4	傷病名		
5	症状		
6	所見	保育が困難な理由または介護(看護)が必要な理由(医師の意見)	
7	治療(見込み)期間	年 月 日から	年 月 日まで
証明年月日		医療機関名	
年 月 日		住 所	
		医 師 名	
		印	

【医療機関さまへ】

◎保育が困難な理由または介護(看護)が必要な理由(医師の意見)の欄には児童を家庭で保育できない旨をご記入ください。また、同内容の記載のある医師の診断書等であれば、申請にご利用いただけます。

【保護者の方へ】※市役所の窓口で申込をする場合

◎申込児童が複数いる場合は人数分をコピーして代用してください。
(受付場所にコピー機がありません。必ず事前にコピーして来てください。)

【お問い合わせ先】

羽曳野市教育委員会事務局
生涯学習部次世代育成課
072-958-1111(内線 4510 4520)