

※ 消せるボールペン、鉛筆等での記入はご遠慮ください。使用が認められた証明は無効になります。

病気・障がい状況証明書

施設・事業名

児童氏名

生年月日

(あて先) 高槻市長

<本人記入欄>

氏名	児童との続柄	証明内容	病気・障害
病 気	状 況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 病弱)	
	児童の保育	<input type="checkbox"/> 不可能である <input type="checkbox"/> 大変困難である <input type="checkbox"/> 支障がある <input type="checkbox"/> 可能である	
	上記の理由 (具体的に)		
障がい	手帳の種別	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 級	
		<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1・B2) ※ 必ず手帳のコピーを提出してください	

<医療機関記入欄> ※ 病気の場合のみ必須

疾病者氏名	
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 入院 (期間 :)
病 名	
症 状	
療養状況	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度できる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる
所 見	<病気により児童の保育が困難な点をご記入ください>
治療期間	<input type="checkbox"/> 平・令 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 未定 (理由 :)
(あて先) 高槻市長 令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。	
医療機関所在地	
名称	
医師 印	

※ 消せるボールペン、鉛筆等での記入はご遠慮ください。使用が認められた証明は無効になります。

病気・障がい状況証明書

記入例

(あて先) 高槻市長

<本人記入欄>

氏名	高槻 太郎	児童との続柄	父	証明内容	病気・障害
病気	状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 (<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 病弱)			
	児童の保育	<input type="checkbox"/> 不可能である <input checked="" type="checkbox"/> 大変困難である <input type="checkbox"/> 支障がある <input type="checkbox"/> 可能である			
	上記の理由 (具体的に)	※ 保育が困難な理由を症状等をふまえて詳しくご記入ください。			
障がい	手帳の種別	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 級		<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 級	
		<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1・B2)		※ 必ず手帳のコピーを提出してください	

障害の方は手帳のチェックのみでかまいません。

<医療機関記入欄> ※ 病気の場合のみ必須

疾病者氏名	高槻 太郎
受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 (月・週 2 日程度) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 入院 (期間 :)
病名	〇〇〇症
症状	×××、▲▲▲、●●●
療養状況	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input checked="" type="checkbox"/> 自分のことがある程度できる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる
所見	<病気により児童の保育が困難な点をご記入ください> ※ 症状等をふまえ、具体的に詳しくご記入ください。
治療期間	<input type="checkbox"/> 平・令 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで <input checked="" type="checkbox"/> 未定 (理由: 病状が回復するまで、定期的な通院が必要。)

(あて先) 高槻市長

令和 7年 6月 1日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療機関所在地 ××××××
××××××××××
名称 ○〇〇病院
医師 ▲▲▲ ▲▲▲

㊞