診断書《保護者・監護者用》

【ご記入される医師の方へ】
・この診断書は、保護者等が療養時間を確保するために必要な「家庭での育児負担を軽減すべき時間数」を把握するために使用するものです。
記載された内容が、保育所等を利用できる要件の判断基準となるため、「1週間あたりの育児負担の軽減が必要な時間数」を下記にご記入ください。
・「育児負担の軽減が必要な時間数」が月64時間以上の場合は、保育所等を利用できる要件に該当します。(1ヶ月を4週間として計算。)
(月に64時間以上120時間未満の場合は短時間保育(16時頃までの利用)、120時間以上の場合は標準時間保育(18時頃までの利用)の対象。)

1. 診断を受ける方	住所		生年月日	年　月　日
	氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母 その他（　　）
2. 主たる病名（初診日）	①　傷病名　　－初診日（S・H・R－－年－－月－－日）－			
3. 療養期間等((1)(2)それぞれ該当する項目に☑チェックをつけ、記入してください) ※複数選択可	☐ (1)☐入院・☐通院 ☐ (2)療養期間 ※ 診断書作成年月日から起算して該当する療養期間を下記のいずれかに☑チェックしてください。 ☐ おおむね（　　カ月）の治療を要する　☐ おおむね1年以上の長期的療養を要する ☐ 常時安静が必要、または臥床状態である			
4. 日常生活	☐ 特に制限なし　☐ 一部制限あり　☐ 著しい制限あり			
5. 家庭での育児	☐ 特に制限なし ☐ 家庭保育における育児の負担軽減が必要(下記のいずれかを☑チェックしてください。)			
	1週間あたりに必要な育児軽減時間	☐ 週40時間以上の保育軽減を必要とする		
		☐ 週35時間以上40時間未満の保育軽減を必要とする		
		☐ 週30時間以上35時間未満の保育軽減を必要とする		
		☐ 週25時間以上30時間未満の保育軽減を必要とする		
		☐ 週20時間以上25時間未満の保育軽減を必要とする		
		☐ 週16時間以上20時間未満の保育軽減を必要とする		
6. 病状・所見	上記5. で「育児の負担軽減が必要」を選択した場合、その状況を具体的に記入してください。			

上記のとおり診断する。

診断書作成年月日　令和　年　月　日
医療機関名
所在地
電話番号
医師名　　㊞

○この証明書は、「保育所(園)利用申込み(継続申込み)」に必要な添付書類です。

連絡先：久米島町役場　こども未来課　TEL：０９８－９８５－７１１５