令和9年度版

疾病、看護・介護要件での申請者用

多摩市長　殿

| 市使用欄 | 5 |
|---|---|
| | |

# 診　断　書

医療機関名

所在地

電話番号

医師名　　㊞

下記のとおり診断する。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 | 歳 |
| 証明日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 診断日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 傷病名 | | | | |
| 上記傷病の該当項目 | ①常時病臥　感染症　難病 | ②安静を要する疾病<br>または精神性疾病 | ③通院加療 | |
| 上記傷病による<br>児童保育の可否 | 1　保育困難　　2　保育不可 | | | |
| 症状等 | ※保育が困難な状況を、具体的に記入してください。 | | | |
| 今後の治癒<br>見込期間 | 入院　平成・令和　　年　　月　　日　～令和　　年　　月　　日 | | | 未定 |
| | 通院　平成・令和　　年　　月　　日　～令和　　年　　月　　日 | | | 未定 |
| 上記傷病による<br>家族の看護・<br>介護の必要性 | 1．必要としない　　2．必要とする | | | |

| 保護者記入欄 | ※申請中で提出する方は、第1希望の保育所等施設名を記入し、申請中に〇をしてください。 | | |
|---|---|---|---|
| 入所要件 | □本人の疾病要件　□上記受診者の介護要件（要介護者との続柄:　　） | | |
| 住　　所 | 多摩市 | | |
| 申請児童から見た続柄 | 父　・　母　・　祖父　・　祖母　・　その他（　　） | | |
| フリガナ | | 申請・在籍<br>状況 | 申請中<br>在籍中 |
| 申請児童名① | 平成・令和　　年　　月　　日生 | | |
| フリガナ | | 申請・在籍<br>状況 | 申請中<br>在籍中 |
| 申請児童名② | 平成・令和　　年　　月　　日生 | | |

※本書は多摩市の保育所入所の審査に使用するものです。父母その他保育のできない要件を示すものとなりますので市が病名を見て指数を判断するものではありません。

【問合せ先】

多摩市子ども青少年部子ども・若者政策課幼児教育・保育担当

電話042－338－6850（直通）