

診 断 書		
住所	年	月 日生
氏名		
病名		
加療の方法		
☐ 投薬のみ ☐ 通院（月当たりの日数： 日） ☐ 往診（月当たりの日数： 日）		
☐ 入院（入院期間： 年 月 日 ～ 年 月 日）		
☐ その他（ ）		
傷病の程度		
☐ 絶対安静 ☐ 常時介護・看護人必要 ☐ 乳幼児保育不可能		
☐ その他（ ）		
保育できない理由・介護や看護が必要な理由等		
[]		
加療見込期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
上記のとおり診断します。		
年 月 日		医療機関名 医 師 名

出 産 証 明 書	身 障 証 明 書
氏 名 （申込日に母子手帳持参）	氏 名
出産又は 出産予定日 年 月 日	身障手帳No. （申込日に身障手帳・療育手帳持参）
	身体障害者 種 級 有効期限 年 月 日
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者	

実 態 調 査 書		年 月 日
(宛先)松本市長	調査者	民生児童委員 氏 名
実態調査の結果は、下記のとおりです。		