

# 診 断 書

(同居親族の介護・看護用)

住 所 下妻市

氏 名

生年月日

年

月

日

病 名

適当な番号を○で囲んでください。

- 上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。

そのため、介護する者は以下の理由により保育をすることができないと思われる。

1. 寝たきり・重度心身障害者のため、常時介護が必要であり、保育をすることができない。

必要な期間: ☐1 か月程度 ☐3 か月程度 ☐6 か月程度 ☐1 年程度

2. 日常生活や通院等に付き添うなど、介護が必要であり、常時保育をすることができない。

必要な期間: ☐1 か月程度 ☐3 か月程度 ☐6 か月程度 ☐1 年程度

3. 介護が必要であるため、昼間 1 日 4 時間、週 4 日以上保育をすることができない。

必要な期間: ☐1 か月程度 ☐3 か月程度 ☐6 か月程度 ☐1 年程度

上記のとおり診断する。

年 月 日

病院(医院)所在地

病院(医院)名

医 師 名

⑩

※この診断書或いは、同内容を具備する診断書をお願いいたします。

## <介護・看護者記入欄>

|         |                                                        |      |
|---------|--------------------------------------------------------|------|
| 介護・看護者  | 私は、現在上記同居親族の介護・看護をしておりますので、<br>事実であることを申し立てます。<br>氏名 ⑩ |      |
| 児童名     | 氏名                                                     | 生年月日 |
|         | 氏名                                                     | 生年月日 |
| 施設・事業所名 |                                                        |      |

※書類の有効期限は、おおむね3か月とします。