

病気・出産等証明書

令和 年 月 日

豊後高田市子育て支援課長 様

保護者記入欄	保護者住所	豊後高田市		
	保護者氏名			
	利用施設名又は第1希望施設名			
	児童氏名及び生年月日	① (. .)	② (. .)	
		③ (. .)	④ (. .)	
下記患者と児童の続柄		父親・母親・祖父・祖母・その他 ()		

施設の利用に必要なため、下記事項について証明願います。

患者住所			
患者氏名			
患者生年月日	年	月	日 歳
1. 妊娠・出産の場合			
出産日又は 出産予定日	年	月	日 ア. 出産 イ. 出産予定
2. 傷病の場合			
傷病名			
初診年月日	年	月	日
入院期間	年	月	日 ~ 年 月 日
通院期間	(月 ・ 週) に 日の通院が必要		
	年	月	日 ~ 年 月 日
【通院時に必要とする時間】 時 分 ~ 時 分			
○現在の症状（日常生活、労働能力、家庭で児童を保育することについて）			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
医療機関名
医師名
電話番号

注1) 妊娠・出産を理由とする入所の場合は、母子健康手帳等の写しの提出をもって、この証明書に代えることができます。