高崎市役所　保育課　提出用

診　　断　　書
（施設等利用給付認定用）

【医師記入欄】

患者氏名		生年月日	年　　月　　日
診 断 名			
初診年月日	年　　月　　日		
現在の病状等			
入院（見込）の有無	□ 有　　□ 無 （有の場合の期間） 年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
家庭での保育	□ 支障がある　　□ 支障がない （支障がある場合の期間） □　　年　　月　　日頃まで □ 未確定		

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関名

医師名

※自署の場合は押印不要

【保護者記入欄】

児童名	生年月日	利用（申込（第1希望））施設名
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	