

給付認定申請用診断書

お子さんの施設利用にあたり、

- ・『保護者の疾病、障害』
- ・『同居または長期入院等している親族の介護・看護』
- ・『その他市長が認める理由』における別居している祖父母の介護・看護』

を理由として給付認定申請をする場合、該当する方の診断書の提出が必要になります。
つきましては、この診断書(裏面)により医師の診断を受け、下記の点に留意して提出してください。

記

- 1 下記手帳等が交付されている場合は診断書の提出は不要です。手帳等の写しを添付してください。
(ただし、障害の程度・状況によっては、追加で診断書を提出していただくことがあります。)

類 型	手帳等名称	等級
保護者の疾病、障害	身体障害者手帳	1級・2級・3級・4級
	療育手帳	A1・A2・B1・B2
	精神障害者保健福祉手帳	1級・2級・3級
同居または長期入院等している親族の 介護・看護(別居の祖父母を含む)	身体障害者手帳	1級・2級
	療育手帳	A1・A2
	精神障害者保健福祉手帳	1級
	介護保険被保険者証	要介護5・要介護4・要介護3

- 2 申請にあたっては、認定開始希望日から前3か月以内の証明を有効とします。
(例外): 保育施設の4月入所(1次)申し込みについて
前年12月1日以降に証明を受け、利用調整基準日(例年12月25日前後)までに提出してください。11
月以前に証明を受けた場合はその証明は無効となり、再度証明を受ける必要があります。
※なお、「現況届」に添付する際、4月入所(1次)申し込み児童がいる場合も同様の扱いとなります。
- 3 診断書の内容について、保護者及び医療機関に対して詳細の確認をさせていただく場合があります
ので、ご承知おきください。
- 4 医師の診断があっても保育を必要とする要件に該当しない場合があります。
その場合は保育施設の利用はできません。
- 5 診断書に係る手数料は、自己負担となります。
- 6 診断書に係る内容が無断で作成または改変等を行った場合、有印私文書偽造罪等の罪に問われる
場合があります。

※保護者記入欄

利用(希望)施設名		
児童氏名	児童氏名	児童氏名
平・令 年 月 日生	平・令 年 月 日生	平・令 年 月 日生

※医師記入欄

診 断 書

(給付認定申請用)

患者住所 長野市

氏名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生

1 病 名

2 現在の病状

3 初 診 日

年 月 日 ※ 診断書作成医療機関における上記病状にかかる初診日

4 加療の方法・頻度・
加療見込み期間該当するすべての項目に
✓の上、同方法における
加療の頻度や見込み期間
についてご記入ください。

☐ 入院	入院開始(予定)日	年 月 日
	退院予定日	年 月 日
☐ 通院(週 日)	通院完了予定日	年 月 日
☐ 往診(週 日)	往診完了予定日	年 月 日
☐ 投薬のみ	投薬完了予定日	年 月 日
☐ その他()		
上記方法における加療完了予定日		年 月 日

5 生活能力の程度

- ☐ 日常生活は自立的にできる。
☐ 日常生活は概ねできるが、他者の援助を必要とすることがある。
☐ 日常生活の一部は、他者の援助なしにはできない。
☐ 日常生活の大半は、他者の援助が必要である。
☐ 身の回りのことはほとんどできず、常に他者の援助が必要である。

6 加療期間における
保育能力の程度※ 患者が乳幼児の親
であるとき

- ☐ 療養の必要性を認めるが、乳幼児の保育はできる。
☐ 乳幼児の保育は概ねできるが、他者の援助を必要とすることがある。
☐ 乳幼児の保育の一部は、他者の援助なしにはできない。
☐ 乳幼児の保育の大半について、他者の援助が必要である。
☐ 乳幼児の保育はほとんどできず、常に他者の援助が必要である。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日 医療機関所在地

医療機関名

担当医師名