

# 保育料減免に係る入所児童の疾病状況等の証明書

年 月 日

下記のとおり証明します。

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

児童氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日
診断	
症状	
療養期間	
<input type="checkbox"/> 入院加療	年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 自宅療養	年 月 日 ~ 年 月 日
備考	

※ 本証明書は、疾病等の理由により保育所等を長期間欠席した場合の保育料の減免を申請する際の添付書類となります。

※ 上記内容については、必ず医師の方が記載してください。