

診療証明書（願）

（申請人） 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

（子ども子育て支給認定児童氏名） _____

このたび上記の者が、子ども子育て支援 支給認定申請をしました。
つきましては、認定の可否について下記の患者の診療証明が
必要ですので証明してください。

（世帯員の患者） 氏 名 _____

（申請人との続柄） _____

記

1 傷 病 名

2 初 診 年 月 日 平成・令和 年 月 日

3 治療見込期間 自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

4 今後の就労能力の有無 有 ・ 無

5 介添人（又は看護人）の要否 要 ・ 否

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

病院名

医師氏名

(印)