



2. 働いていない場合

状     況	④ 出産 (予定日)令和 年 月 日 ※母子手帳の写し(表紙と出産予定日がわかる頁)を添付してください。																	
	⑤ 障害等 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td>身体障害者手帳</td> <td style="text-align: right;">級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>精神障害者保健福祉手帳</td> <td style="text-align: right;">級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>療育手帳</td> <td style="text-align: right;">級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>その他の状況</td> <td></td> </tr> </table> <hr/> ※手帳の写しを添付してください。	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳	級	<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳	級	<input type="checkbox"/>	療育手帳	級	<input type="checkbox"/>	その他の状況						
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳	級															
	<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳	級															
	<input type="checkbox"/>	療育手帳	級															
<input type="checkbox"/>	その他の状況																	
⑥ 病気 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td>入院</td> <td>令和 年 月 日より</td> <td>か月(見込)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>臥床</td> <td>令和 年 月 日より</td> <td>か月(見込)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>通院</td> <td>令和 年 月 日より</td> <td>か月(見込)</td> </tr> </table> 病院名 _____ 病 名 _____	<input type="checkbox"/>	入院	令和 年 月 日より	か月(見込)	<input type="checkbox"/>	臥床	令和 年 月 日より	か月(見込)	<input type="checkbox"/>	通院	令和 年 月 日より	か月(見込)						
<input type="checkbox"/>	入院	令和 年 月 日より	か月(見込)															
<input type="checkbox"/>	臥床	令和 年 月 日より	か月(見込)															
<input type="checkbox"/>	通院	令和 年 月 日より	か月(見込)															
⑦ 看護 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td>入院</td> <td>付添時間</td> <td>1日</td> <td>時間・週</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>在宅</td> <td colspan="4">付添場所 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>その他</td> <td colspan="4">患者氏名 _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	入院	付添時間	1日	時間・週	日	<input type="checkbox"/>	在宅	付添場所 _____				<input type="checkbox"/>	その他	患者氏名 _____			
<input type="checkbox"/>	入院	付添時間	1日	時間・週	日													
<input type="checkbox"/>	在宅	付添場所 _____																
<input type="checkbox"/>	その他	患者氏名 _____																
⑧ 学生 学校名(学年) _____ ( 年生)																		
⑨ その他																		

⑥⑦に該当する場合は、下記に医師の証明を受けてください。

診断書

患者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

加療見込期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

加療の方法 投薬のみ ・ 通院 ・ 入院

その他 ( \_\_\_\_\_ )

疾病の程度 絶対安静 ・ 常時看護人が必要

児童保護可能 ・ 児童保護不可能

その他 ( \_\_\_\_\_ )

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医師 住所

氏名

(印)