

③ 障害手帳をお持ちの方

診 断 書

フリガナ		生 年 月 日	令和 年 月 日	4 月 1 日 現 在 の 年 齢	歳	園 名	保育園 こども園 幼稚園	申込 ・ 在園	
児 童 氏 名			令和 年 月 日				歳		保育園 こども園 幼稚園
フリガナ			令和 年 月 日				歳		保育園 こども園 幼稚園

対象者氏名		児童との 続柄	
手 帳 種 別	☐ 身体障害者手帳（ 級） ☐ 精神福祉手帳（ 級） ☐ 療育手帳（ 判定）		

障害手帳の等級等が分かるページの写しを貼付してください。

-----以下は、医師が記入してください。-----

1. 日常生活能力の程度（必ずご記入ください。）

- ☐ （1）日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
☐ （2）日常生活の一部に援助（介護）が必要である。
☐ （3）日常生活の大半に援助（介護）が必要である。
☐ （4）日常生活に常時援助（介護）を必要として、身の回りのことはほとんどできない。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院(医院)所在地

病院(医院)名 称

医 師 名

※接骨院、整体院等での診断は無効です。医療機関で医師の診断を受けてください。

※医師の押印は必ずしも必要ありませんが、保護者自身が医師記入欄を無断作成・改変した場合、申請内容に虚偽があるものとして、申請・入園決定が無効になる（在園児は退園となります）ことがあります。

※証明内容について不明な点がある場合、領収書等の提出を求める場合があります。