

児童氏名	生年月日	保育所名 (申込中の方は第一希望園を記載)
	年 月 日	(入所中・申込中)
	年 月 日	(入所中・申込中)
	年 月 日	(入所中・申込中)

## 診 断 書

大任町長 殿

証 明 日 : 年 月 日  
 医 療 機 関 名 :  
 医 師 氏 名 : ⑩  
 所 在 地 :  
 電 話 番 号 :

■ 以上の内容が記載されていれば、診断書の様式は問いません。

対 象 者	住所
	氏名 ( 年 月 日生 )
診 断 名	
症 状 経 過 等	
治 療 期 間 と 通 院 回 数 に つ い て ( 今 後 の 見 込 み )	
保 育 の 必 要 性 等 に つ い て	(例: 「〇〇のため保育所の利用が望ましい」等、保育の利用が必要である理由について記載して下さい。)

◆ 注意事項 ◆

\* これは、保育所入所(継続入所)または、子育てのための施設等利用給付認定のため大任町に提出するものです。

【問合せ先0947-63-3004】

\* 印・証明日のないものは無効です。記載内容の訂正の際は、訂正印が必要です。

\* 記載内容に変更があった場合は、証明書を再提出してください。

※裏面に記入例があります。

児童氏名	生年月日	保育所名 (申込中の方は第一希望園を記載)
大任 太郎	R1年 10月 18日	△△△保育園 (入所中・申込中)
	年 月 日	(入所中・申込中)
	年 月 日	(入所中・申込中)

## 診 断 書

大任町長 殿

証明日 : 令和 7年 1月 4日  
医療機関名 : ※※※病院  
医師氏名 : 今任 さくら (印)  
所在地 : 福岡市東区〇〇〇3004番地  
電話番号 : 092-600-3004

■以上の内容が記載されていれば、診断書の様式は問いません。

対 象 者	住所 大任町大字大行事3067番地
	氏名 大任 花子 ( H2年 3月 20日生 )
診 断 名	剥離骨折
症 状 経 過 等	令和6年1月自宅にて転倒により骨折し、当院受診。術後リハビリを行っている。
治 療 期 間 と 通 院 回 数 に つ い て ( 今 後 の 見 込 み )	治療期間 6ヶ月 週1回のリハビリを行っている。
保 育 の 必 要 性 等 に つ い て	(例:「〇〇のため保育所の利用が望ましい」等、保育の利用が必要である理由について記載して下さい。) 症状安定までに時間を要し、自宅安静が必要。家庭での保育が困難なため保育所の利用が望ましい。

記  
入  
例

具体的な治療期間を  
記入して下さい

### ◆注意事項◆

\*これは、保育所入所(継続入所)または、子育てのための施設等利用給付認定のため大任町に提出するものです。

【問合せ先0947-63-3004】

\*印・証明日のないものは無効です。記載内容の訂正の際は、訂正印が必要です。

\*記載内容に変更があった場合は、証明書を再提出してください。

※裏面に記入例があります。