

医療機関療養等証明書

(氏名) は、現在、病名 () のため
当病院で昭和・平成・令和 年 月 日より療養中であることを証明する。

- 1 入院 (昭和・平成・令和 年 月 日より)
- 2 通院 (昭和・平成・令和 年 月 日より)
- 3 常時介護の必要 (有 ・ 無) と認めます。

※ 該当する番号に○をつけてください。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

看護・出産等申立書

- 1 私 () は、現在 (氏名) の看護をしている
ため子供を十分保育できないので申し立てします。
 - ・看護の場合、上記の医療機関療養等証明書が必要です。
 - ・介護の場合、上記の医療機関療養等証明書又は、手帳等の写しが必要です。
- 2 私 () は、出産 (予定日令和 年 月 日) のため
子供を十分保育できないので申し立てます。
 - ・母子手帳の写しが必要です。

※ 該当する番号に○をつけてください。

令和 年 月 日

住 所 _____
申立者 _____
氏 名 _____