

※保護者記入欄

利用(希望)施設名		申請者氏名		新規・継続	0歳 年少 1歳 年中 2歳 年長
児童氏名	児童氏名	児童氏名			
平・令 年 月 日生()歳	平・令 年 月 日生()歳	平・令 年 月 日生()歳			

※医師記入欄

診断書 (給付認定申請書) 患者住所 千曲市 氏名 生年月日 西暦・昭・平・令 年 月 日	
1 病 名	
2 現在の病状	
3 初 診 日	年 月 日 ※診断書作成医療機関における上記病状に係る初診日
4 加療の方法・頻度・見込期間	該当する全ての項目にチェックの上、同方法における加療の頻度や見込期間についてご記入ください。 ☐ 入院 入院開始(予定)日 年 月 日 退院予定日 年 月 日 ☐ 通院(週 日) 通院完了予定日 年 月 日 ☐ 往診(週 日) 往診完了予定日 年 月 日 ☐ 投薬のみ 投薬完了予定日 年 月 日

☐ その他 ()

上記方法における加療完了予定日 年 月 日