

看 護 ・ 介 護 証 明 書

(保 育 所 等 入 所 用)

住 所 碧南市

児 童 名

保護者名

---- (以下は保護者が記入しないでください) -----

患 者 名

病 名

看護を必要とする理由（具体的に）

上記の者は、看護を必要とすることを証明します。

令和 年 月 日

住所（所在地）

病院名

医師名

印

※別紙、「看護・介護等のスケジュール」を保護者が記入して添付してください。

※患者が要介護認定を受けている場合、介護保険被保険者証の「要介護状態区分等」欄が分かるようにコピーして添付してください。

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		内容	期間
被 保 險 者	番 号	認定年月日	年 月 日	給付制限	開始年月日 終了年月日
	住 所	認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		開始年月日 終了年月日
	フリガナ	区 分	限度基準額	居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称	届出年月日
	氏 名	生年月日	年 月 日 性別		届出年月日
交付年月日		年 月 日		介護保険施設等	種類 名称 種類 名称
保険者番号並びに保険者の名称及び印		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		入所等 年月日 . . . 退所等 年月日 . . . 入所等 年月日 . . . 退所等 年月日 . . .	
232090 碧 南 市 電話番号 0566 (41) 3311					

この部分が分かるようにコピーして裏面に添付してください。