

(様式8)

診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

病 名

〈病 状〉

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

- 1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名

(注) 児童扶養手当一部支給停止適用除外等に関する手続きのための確認資料となります。
診断書は、かかりつけ医に作成してもらってください。