

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 昭・平・令 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。

令和 年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
医師名

印 _____

申 立 書

令和 年 月 日

申立人 住 所 ふじみ野市

氏 名

ふじみ野市長 あて

私は、下記の者が（障がい・負傷・疾病・要介護）の状態にあり、介護を行わなければならないため、就労が困難な事情にあることを申し立てます。

記

1 該当する親族

氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別 別居の場合は住所

2 介護している期間

年 月 日から引き続き現在まで

3 介護の内容

- ・
- ・
- ・

4 申立人が介護をしなければならない理由
