

様式第2号

介護証明書			
対象児童	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	
	住所		
保護者	フリガナ 氏名	対象児童との続柄	
	住所		
<p>上記対象児童は、居宅においておおむね継続して6月以上ねたきりであり、特に介護を要する児童であることを証明します。</p>			
年 月 日			
<p>病院又は診療所の名称 所 在 地 医 師 氏 名 (※)</p>			
(※)医師本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			