

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> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 所 在 地 医 師 氏 名 (※)</p> <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。</p>		