

施設等名	
支給認定証番号	
利用児童名	

(児童用)

## 意見書

次のとおり意見書を提出する。

令和        年        月        日  
 医療機関名  
 所在地  
 医師名

※自署でない場合は、記名と押印が必要です。

住 所			
児 童 名		生 年 月 日	年    月    日                      歳
病 名 : 病 状 : 治癒見込み期間 :			
◎ この児童が集団保育可能かどうか 1 可能である                      2 不可能である			
◎ 保育所等において特別な配慮が必要であれば、必要事項を具体的に記入してください。			