

【 出産・病気心身障害等 】 証明・申立書

市確認欄

令和 年 月 日
伊豆市

住所 _____
 証明書対象者 _____
 生年月日 _____ . _____ . _____
 児童との続柄 父 ・ 母 ・ その他(_____)
 電話番号 _____

入所 (希望) 児童	氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※児童が複数の場合は、連名で記入してください。

出産・病気・心身障害等	妊娠、出産	出産予定日	令和 年 月 日			
	病気 障害	病名・障害名等				
		通院期間	日 (未定の場合は予定を記入)			
		入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
	添付書類	母子手帳 ・ 身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 診断書 その他 (_____)				
		交付日 または認定日		等級		

上記の事項について事実と相違ないことを証明します。

証明者
妊娠・出産→本人 疾病・障害→医師 (別途診断書がある場合は本人) その他→本人 ※その他は別途要証明

令和 年 月 日
住 所
氏 名
電話番号