通院（入院）証明書

令和　　　年　　　月　　　日

放課後児童クラブ設置者　様

保護者等　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄

次のとおり　①通院　②入院　しているので申し立てます。

|  |  |
| --- | --- |
| 通院（入院）者氏名 |  |
| 通院（入院）の状況 | 通院 | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日から　　　　　　　　　週　・　月　　　　回程度 |
| 入院 | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日入院Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日退院（予定） |
| 日常生活の概況○をつけてください | ・重篤であり、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならない。・病状、服薬等の影響で日常生活（仕事など）を中断し、療養　する必要がある。・病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。 |

※この証明書は児童福祉法に基づく放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）の入会及び継続入会の要否判定に使用するものです。それ以外の目的に使用することはありません。

　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

【児童氏名等記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入会または継続入会を希望するクラブ名 | 申込児童氏名 | 学年 | 備考 |
|  | ① |  | 年生 |  |
| ② |  | 年生 |  |
| ③ |  | 年生 |  |

　　※学年欄は入会希望の初日時点の学年を記入してください。