

(様式3 ひとり親家庭等医療)

診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

病 名

<病 状>

※以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

- 1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅での安静が必要である。
- 3 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療と在宅での安静が必要である。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
医師名

印

※ この書類は「ひとり親家庭等医療証」の交付申請時に使用するものです。

担当：米沢市 子育て支援課 給付担当 ☎0238-22-5111