

# 診 断 書 （保育の必要性認定用）

大分市福祉事務所長 殿

|                            |       |   |            |
|----------------------------|-------|---|------------|
| 保<br>護<br>者<br>記<br>入<br>欄 | ふりがな  |   |            |
|                            | 保護者氏名 |   |            |
|                            | ふりがな  |   |            |
|                            | 児 童 名 |   |            |
|                            | 施設名   | 園 | 申込中<br>在園中 |

※申込中の場合は、第1希望園を記入してください。

※お子さんが2人以上の場合は、連名で記入してください。

|        |      |           |      |             |  |
|--------|------|-----------|------|-------------|--|
| 患<br>者 | 氏 名  | ( 男 ・ 女 ) | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 ) |  |
|        | 病 名  |           |      |             |  |
|        | 医師所見 |           |      |             |  |

|                                            |                           |
|--------------------------------------------|---------------------------|
| 病状・治療上からみて、患者は日中、児童の保育ができますか？              | 保育ができない ・ 保育が困難 ・ 保育が望ましい |
| 病状・治療上からみて、患者は日中、家族等（医療機関等以外）の看護や介護が必要ですか？ | 必要とする ・ 必要としない            |

|          |      |                          |
|----------|------|--------------------------|
| 通院・往診の場合 | 治療期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日            |
|          | 回 数  | □ 月 □ 週 ( ) 回程度の通院・往診を要す |
| 入院の場合    | 入院期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 (見込)       |

上記のとおり、診断します。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師

印

通院時間などの保護者の申立欄

令和 年 月 日

---



---



---

※医療機関の方へ

- ・ この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いします。
- ・ 診断書で保育の必要性の認定を受け、認可保育施設に入所する場合の期間は、期間の記載がないものに限り6か月となりますので、6か月ごとに更新が必要になります。

※保護者の方へ

- ・ 保育の必要性の認定に際して提出いただく診断書は、原則として申請時より3か月以内に発行されたものに限りです。
- ・ 「通院時間などの保護者の申立欄」には、通院時間にかかる時間など、保育を必要とする状況を具体的に記入してください。
- ・ 申立欄の内容が事実と異なる場合は、認定を取り消すことがあります。

診断書(保育の必要性認定用)の記入要領について 説明資料

診断書(保育の必要性認定用)

大分市福祉事務所長 殿

|        |          |           |
|--------|----------|-----------|
| 保護者記入欄 | ふりがな     | おおいた けんいち |
|        | 保護者氏名    | 大分 健一     |
|        | ふりがな     | おおいた うみ   |
|        | 児童名      | 大分 海      |
| 施設名    | おおいた保育 園 | 申込中<br>在園 |

※申込中の場合は、第1希望園を記入してください  
※お子さんが2人以上の場合は、連名で記入してください

|    |      |                    |      |                        |
|----|------|--------------------|------|------------------------|
| 患者 | 氏 名  | 大分 和子 (男・女)        | 生年月日 | H 8 年 10 月 12 日 (29 歳) |
|    | 病 名  | 不安神経症              |      |                        |
|    | 医師所見 | 上記の疾病により、通院加療中である。 |      |                        |

|                                            |                       |
|--------------------------------------------|-----------------------|
| 病状・治療上からみて、患者は日中、児童の保育ができますか？              | 保育ができない・保育が困難 保育が望ましい |
| 病状・治療上からみて、患者は日中、家族等(医療機関等以外)の看護や介護が必要ですか？ | 必要とする・必要としない          |

|          |      |                                                                                     |
|----------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 通院・往診の場合 | 治療期間 | R 3 年 11 月 6 日 ~ 年 月 日                                                              |
|          | 回 数  | <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 ( 1 ) 回程度の通院・往診を要す |
| 入院の場合    | 入院期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 (見込)                                                                  |

上記のとおり、診断します。

令和 7 年 11 月 25 日

医療機関住所 大分市大字〇〇番地  
医療機関名 △△医院  
担当医師 立花 太郎

通院時間などの保護者の申立欄

令和 年 月 日

※医療機関の方へ

- ・この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いします。
- ・診断書での入所の期間は、期間の記載がないものに限り6か月となりますので、6か月ごとに更新が必要になります。

※保護者の方へ

【診断書の様式について】

保育の必要性の認定に伴う診断書の書式については、必ずしもこの様式でなくても構いませんが、保護者の病状による保育の必要性の判断資料となるため、「保育ができない」「保育が望ましい」等の保護者の保育の可否について、ご記載いただきますようよろしくお願いします。

記入がない場合には、「保育が望ましい」(比較的軽度な必要性と同等)として判断します。  
※ただし入院している場合を除きます。

こちらは保護者が疾病等で保育ができない等の状況にあるため、保育施設の利用を希望される方が対象の診断書となります。

該当する項目を○で囲んでください。

こちらは、保護者が通院時間やその他の状況について、自己申告にて記入していただく欄になります。

お問い合わせ先

- 大分市子ども入園課 入所・入園担当班  
TEL 097-537-5794
- 大分市子ども入園課 管理担当班  
TEL 097-537-5789