

(様式3)※親族の看護の場合

診 断 書

氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
住 所			
療養期間 ※必ず記入して ください	年 月 日	～	年 月 日
病名や症状			
により日常的に親族等の看護が必要な状態である。			
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関名			
所 在 地			
診断医師名			
(印)			

※完治の期間が未定の場合は、証明日から当該年度の最終日（例：令和8年3月31日）までを記載してください。