

## (様式8)

受給者ご自身が病気等で働くことができない方、または、ご家族の病気等により介護をしているため働くことができない方で、診断書による提出をご希望の方は、かかりつけの医師にこちらを作成してもらい、ご提出ください。

# 診 断 書

すべての項目について、担当医師様をご記入ください。

患者氏名

住 所

生年月日 明・大・昭・平・令 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、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

※令和8年8月1日以降の日付をご記入ください。

医療機関所在地

医療機関名

医 師 名

印