

(様式9)

診 断 書			
患者氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
住 所			
病 名 病 状			
※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んでください。 1 今後、概ね1ヶ月以上の期間、入院加療が必要である。 2 今後、概ね1ヶ月以上の期間、在宅で安静が必要である。 上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師名 印			

※ボールペン等で記入してください。鉛筆や書いた文字等を消すことができるボールペンは使用しないでください。

切り取って使用してください。

(様式10)

介護に関する申立書		
介護する必要がある児童・親族	(氏名)	(続柄) (住所)
介護の状態等	(介護開始日) 年 月 日	(介護の程度等)
あなたが介護を行わなければならない事情		

堺市長 殿

上記のとおり申立てます。

令和 年 月 日

申立者 住所

氏名

電話番号 ()

※児童または親族が障害・負傷・疾病・要介護状態等にあることを確認できる書類とあわせて提出してください。

※ボールペン等で記入してください。鉛筆や書いた文字等を消すことができるボールペンは使用しないでください。