（様式８）

診　　断　　書

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日

病　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜病　状＞　※現在の病状となった時期も記入して下さい。

※　以下のうち該当する番号を〇印で囲んで下さい。

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

医療機関所在地

医　療　機　関　名

医　　師　　名　　印

※この診断書は、一部支給停止適用除外の申請の際に、疾病や負傷等により就業することが困難かつ、障がいの事実を証明する書類（一定等級以上の手帳等）を所持していない方が必要な書類となります。なお、医師の判断により診断書の記載をお断りされる場合がありますのであらかじめご了承ください。

※ 疾病、負傷又は要介護状態にあることその他これに類する事由により就業することが困難である場合に提出していただく書類です。