

看 護 証 明 書

所 属	〇 〇 〇 市	認 定 番 号	〇 〇 — 〇 〇 〇
氏 名	栃 木 太 郎	傷 病 名	右 足 骨 折
入 院 期 間	〇年 5月10日から 〇年 5月31日まで		22日間
付添看護を必要とした期間	〇年 5月10日から 〇年 5月20日まで		10日間
看護人の種類	1. 看護師 ②. 家政婦 3. 家 族 被災職員との続柄 ()		
付添看護を必要とした理由 (病状等をできるだけ詳細に記入して下さい)	右足骨折により、排便等常時介護を要することが医学治療上必要であることが認められる。		
基 準 看 護 の 有 無	有 無		
備 考			
上記のとおり相違ないことを証明します。 〇年 〇月 〇日 所 在 地 〇〇〇市〇〇町×××× 医療機関の 名 称 〇〇病院 担当医師 〇 〇 〇 〇			
家族が付添った場合、看護人から得られなかった具体的理由			
〇年 〇月 〇日 住 所 〇〇〇市〇〇町〇〇 - 〇 申立人（被災職員） 氏 名 栃 木 太 郎			

(注) 基準看護が実施されている病院で、さらに付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載すること。