看　護　証　明　書

所　　属	○　○　○　市	認定番号	○　○ ―― ○　○　○
氏　　名	栃　木　太　郎	傷　病　名	右　足　骨　折
入院期間	平成９年　５月１０日から平成９年　５月３１日まで		２２日間
付添看護を必要とした期間	平成９年　５月１０日から平成９年　５月２０日まで		１０日間
看護人の種類	１．看護婦　　(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。

○年　○月　○日

医療機関の
所在地　○○○市○○町××××
名　　称　○○病院
担当医師　○　○　○　○

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

○年　○月　○日

申立人（被災職員）
住　所　○○○市○○町○○－○
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。