支部様式第２号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **看 護 必 要 証 明 書** | 認定番号 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　地方公務員災害補償基金長崎県支部長　様 　　医療機関　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日に被災した下記被災者のため、下記のとおり常に看護師等　　を必要としたことを証明します。記 |
|   |  住　所 |  | 傷 病 名  |  |
|  氏　名 |  |
|   |  □看護師　　　　□付添人、□家族（ 氏名　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　続柄） |
|  入 院 期 間 |  　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで（　　日間） |
|    |  　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで（　　日間） |
|    | 有　　　・　　　無 |
| 看護（付添）を必要とした理由（病状等をできるだけ詳細に記載してください。） |   |
| 家族が付添った場合、看護婦等が得られなかった理由 |  |
| 備　　　　考 |  |