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 |  | | | |