

家族の状況申告書 児童との続柄： 父 母 祖父 祖母 その他（ ）

施設名 <input type="checkbox"/> 保育園	児童氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日生)
	児童氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日生)

事由	詳細	添付文書
<input type="checkbox"/> 出産	予定日 令和____年____月____日	母子手帳の写し（表紙および分娩予定日の記載があるページ）
<input type="checkbox"/> 障がい	障害者手帳____級 その他状況_____	障害者手帳の写し（表紙および等級の記載があるページ）
<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 令和____年____月____日より見込み____か月 病名_____ 病院名_____	医師の証明（※1）
<input checked="" type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 週____日____日____時間 対象者氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 続柄 <input type="checkbox"/>	看護：医師の証明（※1） 介護：医師又はケアマネジャーの証明（※2）
<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 活動中 令和____年____月から開始 活動時の児童の保育状況（_____） <input type="checkbox"/> 児童が保育所等入園後求職活動予定	医師およびケアマネジャーの証明をもとに記入してください。
<input type="checkbox"/> 就学	週____日____日____時間 学校名_____ 入学日 令和____年____月____日 卒業日 令和____年____月____日	在学証明書等、在学していることを確認できる書類 カリキュラム等、授業時間や内容を確認できる書類
<input type="checkbox"/> 被災	居宅が火災や風水害や地震などの被害にあい、その復旧にあたっているため 罹災日 令和____年____月____日	被災証明書の写し
<input type="checkbox"/> 3歳以上	育児休業期間中の3歳以上児特別入所に限る	育児休業期間を確認できる書類
<input type="checkbox"/> その他	具体的状況_____	状況を確認できる書類

※1 裏面に医師の証明を受けてください。（診断書可）

※2 裏面に医師又はケアマネジャーの証明を受けてください。（診断書不可）

## 診 断 書 (病気の方、看護の方)

患者氏名・生年月日 ○○ ○○ (○○ 年 ○月 ○○日)

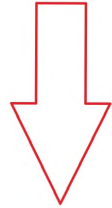
初診日・加療見込み期間

病名 △△△△△ 令和○○年○月○○日～○○年○○月○○日

■加療の方法 ・通院 月・週 2 日・入院 年 月 日より見込み 月・その他

■保護者の疾病の場合 乳幼児保育困難 乳幼児保育可能

■保護者以外の疾病の場合 常時看護人必要 その他 ( )



加療見込み期間が未定(不確定)の場合は継続加療中等記入してください。

上記のとおり診断します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

病院名 ■■■■■■

医師 病院所在地 ■■■■■■■■

氏名 ■ ■ ■ ■



## 介護に関する申告(証明)書 (介護の方)

介護する方①	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		②との続柄	
介護される方②	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		①との続柄	
病名・病状 介護期間				
要介護度や 手帳の所持				

上記のとおり申告(証明)します。

令和 年 月

介護サービス事業者・病院名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

ケアマネジャー・医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

(注意事項) 本書類は、いなべ市の保育所等への利用事由を確認するための書類です。