

家族の状況申告書

児童との続柄： 父 母 祖父 祖母

記入例：出産の場合

施設名 〇〇保育園	児童氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇年〇月〇〇日生)
	児童氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇年〇月 〇日生)

事由	詳細	添付文書
<input checked="" type="checkbox"/> 出産	予定日 令和 <u> 〇 </u> 年 <u> 〇 </u> 月 <u> 〇 </u> 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 <u> 伊 </u> その他状況 <u> </u>	障害者手帳の写し（表紙および記載があるページ）
<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 令和 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日より見込み <u> </u> か月 病名 <u> </u> 病院名 <u> </u>	医師の証明（※1）
<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 週 <u> </u> 日 <u> 1 </u> 日 <u> </u> 時間 対象者氏名 <u> </u> 続柄 <u> </u>	看護：医師の証明（※1） 介護：医師又はケアマネージャーの証明（※2）
<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 活動中 令和 <u> </u> 年 <u> </u> 月から開始 活動時の児童の保育状況（ <u> </u> ） <input type="checkbox"/> 児童が保育所等入園後求職活動予定	
<input type="checkbox"/> 就学	週 <u> </u> 日 <u> 1 </u> 日 <u> </u> 時間 学校名 <u> </u> 入学日 令和 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日 卒業日 令和 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 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 あたるため 罹災日 令和 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日	被災証明書の写し
<input type="checkbox"/> その他 【3歳以上児の育児休業】	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 <u> </u>	状況を確認できる書類

母子手帳をもとに記入してください。

※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ージャーの証明を受けてください。（診断書不可）



妊娠中の記録(1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊娠

妊娠3か月 妊娠8週～妊娠11週 (月 日～ 月 日)

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくと安心です。

妊娠4か月 妊娠12週～妊娠15週 (月 日～ 月 日)

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう)。
 ※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年 月 日
この妊娠の初診日	年 月 日
胎動を感じた日	年 月 日
分娩予定日	〇〇年 〇月 〇日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置も含みます)があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

家族の状況申告書

児童との続柄： 父 母 祖

記入例：病気の場合

施設名 〇〇保育園	児童氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇年〇月〇〇日生)
	児童氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇年〇月 〇日生)

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 checked="" type="checkbox"/> 病気	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 令和〇年〇月〇日より見込み 〇〇か月 病名 △△△△ 病院名 ▲▲▲▲	医師の証明（※1）
<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 週____日 1日____時間 対象者氏名_____ 続柄_____	証明（※1） 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	
<input type="checkbox"/> 就学	週____日 1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"/> その他 【3歳以上児の育児休業】	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

医師の証明をもとに
記入してください。

※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 日・入院○○年 ○月 ○日より見込み ○か月・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。

家族の状況申告書

児童との続柄： 父 母 祖父母

記入例：看護・介護の場合

施設名 〇〇保育園	児童氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇 年 〇 月 〇〇 日生)
	児童氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇 年 〇 月 〇 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 1日____時間 対象者氏名_____ 〇〇 〇〇 続柄 〇	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 1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"/> その他 【3歳以上児の育児休業】	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 日・入院 年 月 日より見込み か月・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 ■■■ ■■■■

印

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。

家族の状況申告書

児童との続柄： 父 母 祖父母

記入例：その他の場合
(3歳以上児の育児休業)

施設名 〇〇保育園	児童氏名 〇〇 〇〇 児童氏名 〇〇 〇〇	(〇〇〇〇 年 〇 月 〇 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 type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 週____日 1日____時間 対象者氏名_____ 続柄_____	看護：医師の証明（※1） 介護：医師又はケアマネージャーの証明（※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	
<input type="checkbox"/> 就学	週____日 1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 checked="" type="checkbox"/> その他 【3歳以上児の育児休業】	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ージャーの証明を受けてください。（診断書不可）

育児休業承認通知書

所属 〇〇支店	氏名 〇〇 〇〇
<p>(内容)</p> <p>申請のありました育児休業について下記のとおり、承認します</p> <p>育児休業期間 ●年●月●●日から令和●年●月●●日まで</p>	
<p>〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: right;">株式会社 〇〇〇〇 人事部 〇〇〇〇</p>	

指定の様式はありませんが、育児休業期間が記載されており
勤務先がその期間を承認(証明)しているものに限りです。
※勤務先からの育児休業期間等の証明を受けた
就労証明書でも対応可能です。

家族の状況申告書

児童との続柄： 父 母 祖父母

記入例：求職活動の場合

施設名 〇〇保育園	児童氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇年〇月〇〇日生)
	児童氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇年〇月 〇日生)

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 type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 週____日 1日____時間 対象者氏名_____ 続柄_____	看護：医師の証明（※1） 介護：医師又はケアマネージャーの証明（※2）
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 児童が保育所等入園後求職活動予定	
<input type="checkbox"/> 就学	週____日 1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"/> その他 【3歳以上児の育児休業】	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ージャーの証明を受けてください。（診断書不可）