

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 ☒ ●●保育園		児童氏名□□ □□ (△年 △月 △日生) 児童氏名 (年 月 日生)
事由	詳細	添付文書
☐ 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）
☐ 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）
☒ 病気	☒ 入院 □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） 医師の証明をもとに記入してください。
☐ 看護・介護	□入院 □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：医師又はケアマネジャーの証明（※2）
☐ 求職活動	□活動中 令和 年 月から開始 活動時の児童の保育状況（ ） □児童が保育所等入園後求職活動予定	
☐ 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（必須） カリキュラム等、授業時間や内容を確認できる書類（必須）
☐ 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 罹災日 令和 年 月 日	被災証明書の写し
☐ 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)

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

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

※複数月に1回の通院や自宅療養の場合はその他に○をしていただき、その旨記入してください。

■保護者の疾病の場合 ☒乳幼児保育不可 ☐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 該当する番号に○をつけてください。

- 1 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週 40 時間以上の時間を要している。
- 2 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週 24 時間以上の時間を要している。
- 3 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の看護に週 12 時間以上の時間を要している。
- 4 その他 () ※「～のため、保育所の利用が望ましい」など

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			

該当する番号に○をつけてください。(ヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の利用時間は除くこと)

- 1 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週 40 時間以上の時間を要している。
- 2 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週 24 時間以上の時間を要している。
- 3 同居親族(長期間入院等をしている親族を含む。)の介護に週 12 時間以上の時間を要している。
- 4 その他 () ※「～のため、保育所の利用が望ましい」など

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。