

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		児童氏名（ 年 月 日生） 児童氏名（ 年 月 日生）
事由	詳細	
☐ 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）	
☐ 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いるため 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)

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 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。