

家族の状況申告書

記入例：出産の場合

児童との続柄： 父 母 祖父 祖母 その他（ ）

施設名	<input checked="" type="radio"/> ● <input type="radio"/> ○ 保育園	児童氏名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生)
		児童氏名 (年 月 日生)
事由	詳細	添付文書
<input checked="" type="checkbox"/> 出産	予定日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 級 その他状況 <input type="text"/>	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 <input type="text"/> か月 病名 <input type="text"/> 病院名 <input type="text"/>	医師の証明（※1）
<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 週 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 1日 時間 対象者氏名 <input type="text"/> 続柄 <input type="text"/>	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="text"/> ） <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 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 1日 時間 学校名 <input type="text"/> 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）
<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	具体的状況 <input type="text"/>	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）

記入例：出産の場合



令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日交付 No. _____

保護者 の氏名 △△ △△ ○○ ○○	子の氏名 _____ (第 子) 生年月日：令和 年 月 日 性別：_____
------------------------------	-----------------------------------------------

いなべ市

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心安心です。	
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	○ 年 ○ 月 ○ 日

※胎動の本数や、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置)を受けた場合は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

4

家族の状況申告書

記入例：病気の場合

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	
<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 ○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。	
<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（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）	
<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	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）

記入例：病気の場合

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

※複数月に1回の通院や自宅療養の場合はその他に○を

■保護者の疾病の場合 乳幼児保育不可 乳幼児

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

■保護者以外の疾病の場合 該当する番号に○をつけ

- 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)

Table with 4 columns: Name, Birth date, Address, and Care details. It includes fields for caregiver and care recipient information, and a section for medical conditions and care periods.

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 日

介護サービス事業者・病院名

所在地

ケアマネージャー・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

記入例：看護・介護の場合

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
<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 5 日 1日 5 時間 対象者氏名 ○○ ○○ 続柄 父	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	医師又は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	
<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	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）

記入例：看護・介護の場合

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 1** 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○をつけてください

■保護者の疾病の場合 乳幼児保育不可 乳幼児

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

■保護者以外の疾病の場合 該当する番号に○をつけ

- 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 ____日

介護サービス事業者・病院名 _____

所在地 _____

ケアマネージャー・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。