

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	〇〇こども園 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）
☐ 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）

記入例：出産の場合

母子健康手帳

Disney baby

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日交付 No.

保護者 ^{お父さん} △△ △△
の氏名 ^{お母さん} ○○ ○○

子の氏名 ^{お名前} (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

※本手帳は、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。

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	〇〇こども園 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）

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

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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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）

- 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。
- 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。
- 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。
- 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	〇〇こども園 保育園	児童氏名	〇〇 〇〇	(	△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）	
☒ 看護・介護	☐ 入院 ☒ 在宅 週 5 日 1 日 5 時間 対象者氏名 〇〇 〇〇 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）	
☐ 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			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。	
☐ 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）

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 月 日 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

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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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）

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。