

# 家族の状況申告書

申請児童との続柄： 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	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（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）

# 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 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。