

# 家族の状況証明書 (就労以外用)

提出年月日 年 月 日

新規 ・ 変更		施設(事業者)名	
入所番号	子どもの氏名	フリガナ	生年月日
-			
-			
-			

※子どもの氏名・フリガナ・生年月日は、必ず記入してください。

父 親 ・ 母 親 ・ 祖 父 ・ 祖 母 ・ ( )	氏 名	
-----------------------------	-----	--

※日付は和暦で記載をお願いします。

事 由 及 び 添 付 資 料	1	<input type="checkbox"/> 出 産……………母子健康手帳(表紙及び出産予定日がわかるページ)の写しを添付 出産日 ・ 出産予定日 年 月 日 (出産を理由に保育の利用ができるのは、出産日(予定日)の前後約8週間です。)
	2	<input type="checkbox"/> 求職活動……………ハローワークカードの写しを添付 (求職活動を理由に保育の利用ができるのは、3か月です。)
	3	<input type="checkbox"/> 就 学……………在学証明書及び時間割表等を添付(年度ごとに提出が必要です。) 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日 就学先と施設等間の片道の所要時間約 時間 分
	4	<input type="checkbox"/> 障がい……………身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の写しを添付 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳 級 療育手帳
	5	<input type="checkbox"/> 病 気… <input type="checkbox"/> 入 院 年 月 日より見込み か月 病名 <input type="checkbox"/> 自宅療養 年 月 日より見込み か月 病名
	6	<input type="checkbox"/> 介護… <input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 付添時間 週 回 1日 時間 <input type="checkbox"/> 看護… <input type="checkbox"/> 在 宅 <input type="checkbox"/> 患者氏名 児童との続柄( )

4障がい, 5病気, 6介護・看護の場合は、下記に医師の証明を受けてください。

意 見 書	
患者住所	
氏 名	生年月日 年 月 日
病 名	
加療見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日
※ 自宅療養の状況 常時臥床での療養 ・ 精神性疾患による安静加療 ・ 通院加療が必要(週 日)	
上記の状態のため( 常時付添人必要 ・ 保育不可能 ・ 保育可能 )であることを認めます。	
年 月 日	病院所在地
	病院名
医 師	氏 名
	印