

(あて先)岐阜市長

# 家族の状況証明書 (就労以外用)

新規・変更どちらかに○をうち、保育所(園)名を記入してください。

出生年月日 令和 ○○年 ○月 ○日

入所児童の名前、ふりがな、生年月日の記入をください。在園(予定も含む)の児童はすべて記載してください。

新規		変更		施設(事業者)名	○○保育所
入所番号	子どもの氏名	フリガナ	生年月日		
-	岐阜 花子	ギフ ハナコ	R3・1・20		
-					

※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	岐阜 保子
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

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 令和 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	ハローワークの受付票の写しを添付 (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 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 就学先と施設等間の片道の所要時間約 時間
	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 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳 級 療育
	5	<input type="checkbox"/> 病 気	<input type="checkbox"/> 入 院 令和 年 月 日より見込み か <input checked="" type="checkbox"/> 自宅療養 令和 ○○年 ○月 ○日より見込み ○か月 病名 ○○○○
	6	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護	<input type="checkbox"/> 入 院 付添時間 週 回 1日 時間 <input type="checkbox"/> 在 宅 患者氏名 児童との続柄( )

該当する理由や状態にチェックを入れ期間などを記入してください。

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	岐阜市○○町○○丁目○○番地
氏名	岐阜 保子 昭和○○年 ○月 ○日
病名	○○○○
加療見込期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 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 4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。	
令和 ○○年 ○月 ○日	病院所在地 ○○市○○町
病院名 ○○病院	医師 氏名 ○○ ○○
保育が不可能の旨、記載してください。	医師が押印したものを提出してください。

自宅療養の場合、状態の程度について、記載してください

保育が不可能の旨、記載してください。

医師が押印したものを提出してください。

印

6介護・看護のうち、障がい児通所支援事業所等に保護者同伴で、子どもの兄弟姉妹が通所している場合は、下記の証明を受けてください。

意見書

子ども住所 岐阜市〇〇町〇〇丁目〇〇番地

氏名 岐阜 太郎 生年月日 平成〇〇年 〇月 〇日

障がい名 〇〇〇〇

通所見込期間 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日

※ (週 4 日)通所が必要です。

上記の状態のため、保護者同伴の通所が必要と認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所

施設名

代表者職・氏名 〇〇 〇〇



通所している施設で証明を受けてください。  
複数の施設に通所している場合は、それぞれの施設の証明が必要です。