

提出年月日 年 月 日

（あて先）岐 阜 市 長

家族の状況証明書（就労以外用）

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
			. .
			. .
			. .
父 親 ・ 母 親 ・ 祖 父 ・ 祖 母 ・ ()		氏名	

※子どもの氏名、フリガナ及び生年月日は、必ず記入してください。

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分かるページ）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。） 就学期間年 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 }
	6	<input type="checkbox"/> 介 護 { <input type="checkbox"/> 入 院 } { 付添時間週 回 1日時間 <input type="checkbox"/> 看 護 { <input type="checkbox"/> 在 宅 } { 患者氏名..... 子どもとの続柄.....

4 障がい、5 病気又は6 介護・看護に該当する場合は、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 名
	医師の氏名		印

※医師の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

記載例

提出年月日 令和〇年 2月 15日

入所番号の記載は不要です。

家族の状況証明書（就労以外用）

新規・変更		施設（事業者）名 いまさわ幼稚園	
入所番号	子どもの氏名	フリガナ	生年月日
	岐阜 一郎	ギフ イチロウ	R00. 8. 1
父親	母親	祖父・祖母・（ ）	氏名 岐阜 鮎子

園児の名前、生年月日、幼稚園名を記入してください。

証明書を提出する方の続柄に○をうち、氏名を記入してください。

事由及び添付資料

1 出産…母子健康手帳（表紙及び出産予定日が分かるページ）の写しを添付
 出産日 ・ **出産予定日** 令和〇年 5月 7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 **該当する箇所にチェック・記入をしてください。**

3 **写しなど添付書類の付け忘れにご注意ください。**

4 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

5 病気 { 入院 { 付添時間 週 回 1日 時間
 自宅療養 年 月 日より見込み か月

6 介護 { 入院 { 付添時間 週 回 1日 時間
 在宅 { 患者氏名 子どもの続柄

訂正する場合は、修正液・修正テープでなく二重線で消して訂正印をお願いします。

4 障がい、5 病気又は6 介護・看護に該当する場合は、下記に医師の証明を受けてください。

意見書

患者 住所 生年月日 年 月 日

保育が不可能の旨、記載してください。

加療見込期間 月 日 ~

※自宅療養の状況 常時臥床で 養・精神性疾患
 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
 年 月 日 病院名
 医師の氏名 印

医師が押印したものを提出してください。（医師の氏名を自書する場合は省略可能です。）

※医師の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。