

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 子どもとの続柄() |

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 |

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

氏名

生年月日

年 月 日

障がい名

通所見込期間

年

月

日 ~

年

月

日

※(週 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。

年 月 日

住所

施設名

代表者職・氏名

印