

園 名	こども園	児 童 名		生年月日	・	・
保護者氏名	【児童との続柄】 ☐ 父 ・ ☐ 母 ・ ☐ その他()					

家族の状況証明(申出)書【就労以外用】 提出日 年 月 日

該当する状況の欄にチェック及び記入してください。診断書が必要な場合は、上記氏名や下記理由のチェック等を記入してから医療機関へ依頼してください。

☐ 妊娠・出産	出産(予定)日: 年 月 日 添付: 母子健康手帳の出産日(予定日)が分かるページの写し
☐ 障がい※1	☐ 身体障害者手帳1・2級、療育手帳 A、精神障害者保健福祉手帳1級程度 ☐ その他() 添付: 療育手帳の写し
☐ 疾病※1	☐ 入院、または常に寝ている必要がある。 ☐ その他()
☐ 同居親族等の介護・看護	常時介護・看護等が必要な方の氏名: 児童との続柄: 同居・入院 ☐ ①身体障害者手帳1・2級、療育手帳 A、精神障害者保健福祉手帳1級程度、要介護4・5程度 ☐ ②身体障害者手帳3級、療育手帳 B、精神障害者保健福祉手帳2級程度、要介護3程度 ☐ ③その他※() 介護・看護の状況(家族による介護、福祉サービス状況など具体的に記入してください。裏面や別紙でも結構です。) 添付: 療育手帳、介護認定の写し
☐ 就学	就学先: 期 間: 年 月 日 ~ 年 月 日 添付: 合格通知書の写しまたは在学証明書など、時間割表
☐ 災害復旧	被害状況: 添付: 罹災証明書の写し
☐ 求職活動	求職活動開始日: 年 月 日 添付: 求職中に伴う保育利用申立書(別様式)

※1 保護者の障がい(身体障害者手帳 1・2・3 級、療育手帳 A・B、精神障害保健福祉手帳 1・2 級を除く)・疾病、親族の介護等(保護者の障がいと同じ又は要介護認定を受けている場合を除く)の場合は、下記に医療機関の診断を受けてください。

診 断 書			
患 者 氏 名		生年月日	年 月 日
病 名			
加療見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
加 療 の 方 法	1. 入院 2. 自宅療養で常に寝ていること 3. その他()		
児童の保育にあたること	1. 保育困難 2. やや保育困難 3. 保育に支障なし		
親族による介護・看護	1. 必要とする 2. 必要としない		
親族による介護・看護を必要とする場合	1. 身の回りのことをほとんどできない 2. 身の回りのことを自分ひとりできない 3. 身の回りのことで何らかの介助を必要とする		
上記のとおり診断します。 住 所 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印			