

|       |  |     |      |   |   |
|-------|--|-----|------|---|---|
| 園名    | 一時的保育室   | 児童名 | 生年月日 | ・ | ・ |
| 保護者氏名 | 【児童との続柄】 <input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> 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。

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 出 産         | 出産(予定)日: 年 月 日<br>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   |
| <input type="checkbox"/> 障 が い※      | <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>添付: 療育手帳の写し   |
| <input type="checkbox"/> 疾 病※        | <input type="checkbox"/> 入院、または常に寝ている必要がある。 <input type="checkbox"/> その他( )   |
| <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> ③その他※( )<br>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。)<br>添付: 療育手帳、介護認定の写し |
| <input type="checkbox"/> 就 学         | 就学先:<br>期 間: 年 月 日 ~ 年 月 日<br>添付: 合格通知書または学生証など、時間割表  |
| <input type="checkbox"/> 災害復旧        | 被害状況:<br>添付: 罹災証明書の写し   |
| <input type="checkbox"/> 求職活動        | 求職活動開始日: 年 月 日<br>添付: 求職中に伴う保育利用申立書(別様式)  |

※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できない<br>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)  |       |