

(あて先) 山県市長 様

保育園名	
園児名	

家庭状況証明書(就労以外) ③

父親 ・ 母親 ・ 祖父 ・ 祖母・その他() (いずれかを○で囲んでください。)	氏名
--	----

◎働いていない場合

E ☐ 出産(予定日も含む) 年 月 日

※母子手帳(表紙及び出産予定日がわかるページ)の写しを添付

F ☐ 障害等 (身体障害者・療育・精神障害者保健福祉) 手帳 級

(特別児童扶養手当・国民年金の障害基礎年金)

対象者氏名 続柄

G ☐ 病気 ☐ 入院 年 月 日より見込み 箇月☐ 通院 年 月 日より見込み 箇月

病名 病院

H ☐ 看護 ☐ 入院 ☐ 在宅 ☐ その他

付添時間 週 回 1日 時間 付添場所

対象者氏名 児童との続柄

I ☐ その他 (求職活動・在学中・災害復旧活動)

※ハローワークの証明書、在学証明書又は災害の内容がわかる証明書を添付してください。

手帳等の写し貼付のりしろ

※病気・看護の場合は医師の証明を受けてください。

診断書

患者氏名 生年月日 年 月 日

住 所

病 名

加療見込期間 年 月 日～ 年 月 日

加療の方法 ・投薬のみ ・通院 ・往診 ・入院 ・その他

疾病の程度 ・絶対安静 ・常時看護人必要 ・乳幼児保育不可能

・乳幼児保育可能 その他()

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関の名称

住所

医師氏名

印