

(あて先) 山県市長 様

幼稚園名	
児童名	

家庭状況証明書(就労以外)

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 介護・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 _____ 園児との続柄 _____

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、介護・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 ・常時介護、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

(あて先) 山県市長 様

幼稚園名	〇〇幼稚園
児童名	山県さくら

家庭状況証明書(就労以外)

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 **山県花子**

◎働いていない場合

E 出産(予定日も含む) 令和〇年 〇月 〇日

※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

**E~Iの該当する箇所にチェックし、
必要事項を記入してください。**

G 病気 _____ 通院 _____ 日より元診 _____ 日

病名 _____ 病院 _____

H 介護・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
医師氏名	_____
医療機関の名称	_____
住所	_____
上記のとおり診断します	_____ 年 _____ 月 _____ 日

**上記でG病気または、H介護・看護の場合は、
保育が不可能である旨、医師の証明を受けたもの
を提出してください。**

印