

※65歳未満同一世帯員全員分必要（ひとり一枚）

（あて先）山県市長 様

施設名	
園児名	

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 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