（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（ ） （いずれかを〇で囲んでください。）	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

手帳等の写し貼付　のりしろ

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。

※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