

(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2年 5月 1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 _____ 月 _____ 日

_____ 月 _____ 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。

※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

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 _____

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

手帳等の写し貼付のりしろ