

疾病・介護・看護状況申告書

保育所(園)
) ともセンター
幼稚園

保護者	(氏名) (住所)阿南市	児童との続柄	
町			

(入所児童名)	年	月	日()	歳
(入所児童名)	年	月	日()	歳
(入所児童名)	年	月	日()	歳

児童の保護者が、家庭において保育できない事情を明らかにするための書類です。

◇保護者が疾病の場合

※太枠内、医療機関記入欄。

氏名				
受診状況	□通院(月・週 日)		□その他()	
	□入院(期間など:)	
病名				
症状				
児童の保育に関して	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある (児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。)			
治療見込み期間	令和	年	月	日
	から	令和	年	月
			日	まで
医師の証明	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
	医療機関名			
	住所			
	医師名			
	(印)			

◇保護者が親族の介護・看護をしている場合

※太枠内、医療機関記入欄。

介護・看護をされる方		児童との続柄	
介護・看護を受ける方	氏名	住所	
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事援助 <input type="checkbox"/> 着脱衣補助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> 通院(通所)同行 <input type="checkbox"/> その他		
その他具体的な介護・看護内容			
介護・看護に要する時間	平日(月・火・水・木・金)	時	分
	土曜	時	分
病名			
症状			
治療見込み期間	令和	年	月
	から	令和	年
			日
医師の証明	上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日		
	医療機関名		
	住所		
	医師名		
	(印)		

注)この書類は、教育・保育給付(施設等利用給付)認定及び利用調整の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。

必要に応じて、医療機関に問い合わせることがあります。また本証明書の内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。