

家族の状況証明書(就労以外用)

提出年月日

年

月

日

施設(事業者)名		
子どもの氏名	生年月日	

父 親 ・ 母 親 ・ 祖 父 ・ 祖 母 ・ () 氏 名	
---------------------------------	--

事由及び 添付資料	1 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産……母子健康手帳(表紙及び出産予定日がわかるページ)の写しを添付 出産(予定)日 _____ 年 月 日									
	2 <input type="checkbox"/> 障がい……身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の写しを添付 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 療育手帳 _____									
	3 <input type="checkbox"/> 病 気 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/> 入 院</td> <td>_____ 年 月 日より見込み</td> <td>_____ か月</td> <td>病名 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 自宅療養</td> <td>_____ 年 月 日より見込み</td> <td>_____ か月</td> <td>病名 _____</td> </tr> </table>	{	<input type="checkbox"/> 入 院	_____ 年 月 日より見込み	_____ か月	病名 _____	<input type="checkbox"/> 自宅療養	_____ 年 月 日より見込み	_____ か月	病名 _____
	{		<input type="checkbox"/> 入 院	_____ 年 月 日より見込み	_____ か月	病名 _____				
		<input type="checkbox"/> 自宅療養	_____ 年 月 日より見込み	_____ か月	病名 _____					
	4 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/> 入 院</td> <td>付添時間 _____ 週 _____ 回 1日 _____ 時間</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 在 宅</td> <td>患者氏名 _____ 子どもの続柄(_____)</td> </tr> </table>	{	<input type="checkbox"/> 入 院	付添時間 _____ 週 _____ 回 1日 _____ 時間	<input type="checkbox"/> 在 宅	患者氏名 _____ 子どもの続柄(_____)				
{	<input type="checkbox"/> 入 院		付添時間 _____ 週 _____ 回 1日 _____ 時間							
	<input type="checkbox"/> 在 宅	患者氏名 _____ 子どもの続柄(_____)								
5 <input type="checkbox"/> 就 学……在学証明書又は学生証を添付(年度ごとに提出が必要です。) 職業訓練を受講する場合は、受講することが分かる書類を添付 期 間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日										
6 <input type="checkbox"/> 求職活動……ハローワークの受付票等の写しを添付										

2障がい(手帳を持っていない方のみ), 3病気, 4介護・看護の場合は、下記に医師の証明を受けてください

意 見 書	
患者住所 _____	
氏 名 _____	生年月日 _____ 年 月 日
病 名 _____	
加療見込期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	
※ 自宅療養の状況 常時臥床での療養 ・ 精神性疾患による安静加療 ・ 通院加療が必要(週 _____ 日)	
上記の状態のため、常時付添人必要又は保育不可能であることを認めます。	
年 月 日	病院所在地 _____
	病院名 _____
医 師	氏 名 _____ (印)