

# 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 <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 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 付添時間 _____ 週 _____ 回 1日 _____ 時間 患者氏名 _____ 子どもとの続柄( ) _____
	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……求職活動申立書を記入

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)