

働いていない場合

保育園名		受付番号	-	児童名	
氏名	児童との続柄：父・母・祖父・祖母・その他				

状況証明(申出)書

は該当するところにチェックしてください。

出 産	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日 平成 年 月 日 ※ 産前6週間前から産後8週間後の入園になります。
障 が い	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級程度 <input type="checkbox"/> その他 ()
療 養	<input type="checkbox"/> 入院または常に寝ている必要がある <input type="checkbox"/> その他 () ※ 必ず医師の診断書が必要です。
親族の介護等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級、要介護4・5程度 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級、療育手帳B、精神障害者保健福祉手帳2級、要介護3程度 <input type="checkbox"/> その他 () 〔介護(看護)が必要な方の氏名： 続柄： 同居・別居〕
災害復旧	<input type="checkbox"/> 被害状況：
就 学	<input type="checkbox"/> 就学先： 期 間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
求職活動	<input type="checkbox"/> 入園3か月目の20日までに、就労を証明する書類を提出しない場合、退園となることを承諾します。〔署名欄： 〕

◎ 障がい(身体障害者手帳1・2・3級、療育手帳A・B、精神障害者保健福祉手帳1・2級を除く)、療養、親族の介護等(要介護以上の認定を受けている場合を除く)の方は、下記の診断書が必要です。

診 断 書		
患者氏名		生年月日
病 名		
加療見込期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
加療の方法	1. 入院 2. 自宅療養で常に寝ていること 3. その他 ()	
児童保育の可否	1. 保育困難 2. やや保育困難 3. 保育に支障なし	
親族の介護・看護	1. 必要とする 2. 必要としない	
親族の介護・看護を必要とする場合の程度	1. 身の回りのことを、ほとんどできない 2. 身の回りのことを、自分ひとりでできない 3. 身の回りのことで、何らかの介助を必要とする	
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日		
住 所 医療機関名 医師氏名		

㊞