

# 家族の状況申告書

(児童との続柄：□父・□母・□祖父・□祖母 □その他)

施設名	園	フリガナ 児童名	(生年月日)
		フリガナ 児童名	(生年月日)

A 出産 (予定日) 年 月 日

B 障害 障害者手帳 級 その他状況

C 病気

入院 年 月 日より見込み か月 病名  
 通院 年 月 日より見込み か月 病院

D 看護

入院 付添時間 週 回 1日 時間 通院日数 月・週 日  
 在宅 対象者名 児童との続柄

E 求職中 裏面の約束書を提出ください

F 就学 1日 時間 月 日 通学 学校名

※Aの出産の方は母子手帳の写し(表紙および分娩予定日の記載があるページ)  
 Bの障害の方は障害者手帳の写し  
 Fの就学の方はカリキュラム等、受講証や在学証明書等、在学の確認ができる資料  
 授業時間や内容がわかるものの写し

を下欄に貼付してください。

貼付 のりしろ

※Cの病気の方、Dの看護の方は下記に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 )

初診日・加療見込み期間  
 病名 年 月 日～ 年 月 日

加療の方法 ・通院 月・週 日・入院 年 月 日より見込み か月・その他  
 保護者の疾病の場合 ・乳幼児保育困難 ・乳幼児保育可能  
 保護者以外の疾病の場合 ・常時看護人必要 ・その他 ( )

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院名  
 医師 所在地  
 名前

印

(施設名 \_\_\_\_\_ )

## 約 束 書 (保育施設用)

フリガナ  
児童氏名： \_\_\_\_\_ (生年月日 \_\_\_\_\_ ) の施設の利用  
にあたり、3か月以内に就労し、就労証明書を提出しますので、教育・保育給  
付認定を受けることを希望します。

なお、諸事情により、3か月以内に就労証明書を提出できない場合や基準以  
上の勤務を満たさない場合には、認定を取り消されても何ら異議は申しません。  
(3歳児以下は月64時間以上、4歳児以上は月48時間以上就労が必要です。)

記載内容を確認、同意のうえ署名・押印してください。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

求職開始月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 から

住 所 \_\_\_\_\_

求職者 \_\_\_\_\_

印

(父 母)

電話番号 \_\_\_\_\_