保育にあたれない証明書 【②働いていない場合】

保育園名＿＿＿＿＿＿＿＿

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿

父親 ・ 母親 ・ 祖父 ・ 祖母(いずれかを〇で囲んでください。)	住 所 甲州市
	氏 名
	生年月日　　年　　月　　日

□ 出 産	平成　　年　　月　　日 （予定日も含む） ※出産の方は母子手帳の写しを添付してください。(表紙及び出産予定日の確認できるページ)
□ 障 害	□身障 □療育 □精神　その他の状況(　　) ※障害手帳を交付されている場合は手帳の写しを添付してください。
□ 病 気	□入院・・・・・平成　　年　月　　日より見込み　　か月
	□通院・・・・・平成　　年　月　　日より見込み　　か月
□ 看 護	□入院　　付添時間　週　　日　1日　時間
	□在宅　　患者氏名　　児童との続柄

→※病気の方は、下記証明を医師より証明を受けてください。

→※看護の方は、地区民生児童委員より証明を受けてください。

証 明 書

患者氏名		生年月日	年　　月　　日
患者住所			
病 名			
加療見込期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで・未定		
■加療の方法	□投薬のみ □通院 □往診 □入院 □その他(　　)		
■傷病の程度	□絶対安静 □常時看護人必要 □乳幼児保育困難 □その他(　　)		

上記の内容に相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿

□地区民生児童委員
□病院

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

※この証明書は、保育所入所に必要な書類として、甲州市福祉事務所へ提出するものです。