

保育にあたれない証明【働いていない場合】

保育所名 _____

児童氏名 _____

氏名	住所
父 ・ 母 (いずれかを○で囲んでください)	

<input type="checkbox"/> 妊娠出産	分娩予定日：令和 年 月 日 ※母子手帳の写し(表紙及び予定日の確認できるページ)を添付してください。
-------------------------------	--

<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他() ※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。
-----------------------------	--

<input type="checkbox"/> 就学	学校名 _____ 所在地 _____ ※在学証明書等を添付してください。
-----------------------------	--

<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 入院：令和 年 月 日より見込み ヶ月 ・ 未定 <input type="checkbox"/> 通院：令和 年 月 日より見込み ヶ月 ・ 未定 ※医師により下記証明を受けてください。
-----------------------------	---

証明書			
患者氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
患者住所			
病 名			
加療見込期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ・ 未定		
加療の方法	<input type="checkbox"/> 投薬のみ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		
傷病の程度	<input type="checkbox"/> 絶対安静 <input type="checkbox"/> 常時看護人必要 <input type="checkbox"/> 乳幼児保育困難 <input type="checkbox"/> その他()		

○上記内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地 _____

病院・医師名 _____

<input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 介護	患者氏名： _____ 児童との続柄： _____ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 ※地区児童民生委員により下記証明を受けてください。
--	---

○上記内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

地区児童民生委員 _____ 住所 _____
_____ 氏名 _____