

保育の利用を必要とする証明書

交野市長 宛

在園または申請のどちらかに○をつけ、施設名をご記入ください。
(申請中の方は第1希望の施設名をご記入ください。)

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名	平成 令和	年	月	日生	在園 申請
	フリガナ 児童氏名	平成 令和	年	月	日生	在園 申請
	フリガナ 児童氏名	平成 令和	年	月	日生	在園 申請
	証明対象者氏名					

②出産

出産予定日	令和 年 月 日出産(予定)	※母子手帳のコピーを添付
-------	----------------	--------------

③疾病証明

医療機関記入欄 (申請者本人記入は無効)	氏名	
	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院(月 日程度)(週 日程度)・その他()
		<input type="checkbox"/> 入院(期間など:)
	病名	
	症状	
	児童を保育する上での困難さに関する意見 (該当する項目にチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 児童の保育は不可能である <input type="checkbox"/> 児童の保育は困難である (その他、児童を保育する上での意見) []
	治療見込み期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。		
証明年月日	医療機関名	
令和 年 月 日	住所	
	医師名	

④障がい状況証明

※手帳のコピーを添付して下さい

記入保護者欄	氏名	続柄	児童の()
	手帳の種類等	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳()級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2	
	有効期限(次回判定月)	令和 年 月 日	

⑤介護・看護証明

※同居の親族又は長期間入院している親族の常時介護又は看護に限る

記入保護者欄	介護・看護をする証明対象者氏名	
	続柄	児童の【 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> その他()】
	介護・看護を受ける方の氏名	
	続柄	児童の【 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> その他()】

医療機関(通所施設)記入欄 (申請者本人記入は無効)	病名	
	介護・看護状況 (該当する項目にチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(通所) <input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 週 日程度
		<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 着脱衣援助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> 通院(通所)同行 <input type="checkbox"/> その他()
	症状 (該当する項目にチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳()級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2 <input type="checkbox"/> 要介護認定: 要介護()・要支援() <input type="checkbox"/> 介護サービス: 有・無 <備考欄>
	介護・看護見込み期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。	
証明年月日	医療機関(通所施設)名	
令和 年 月 日	住所	
	医師(施設長)名	

