|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |

**就労事由以外の場合**

**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 | □出産(予定)日　令和　　　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。※多胎妊娠の場合、１４週間前 | |
| 障 が い | □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  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 療　　養 | □入院または常に寝ている必要がある  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | ※ 必ず医師の診断書が必要です。 |
| 親族の介護等 | □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  □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  □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 | □被害状況： | |
| 就　　学 | □就学先：  　期　間：令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 求職活動 | □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：　　　　　　　　　　　　　　〕**  〔求職活動状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | |

◎ 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 | 令和　　　年　　　月　　　日　　～　　令和　　　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。  令和　　　年　　　月　　　日  住　　　所  医療機関名  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |