家族の状況証明書(就労以外用)

坂　祝　町　長　様

提出年月日　　年　　月　　日

※市町村記入欄			
新規・変更		施設名	
台帳番号	児童名	ふりがな	生年月日
			・　・
			・　・
			・　・

父・母・祖父・祖母・（　　）	氏名	

理由及び添付資料

1　□妊娠・出産　　母子健康手帳（表紙及び出産予定日が分かるページ）の写しを添付

出産日・出産予定日　　年　　月　　日

※出産を理由に入所できるのは、出産（予定）日の前６週間（多胎妊娠の産前期間にあっては前 14 週間）と後８週間までです。

2　□病気…
- □入院　　年　　月　　日から見込み　　か月
  病名
- □通院　　年　　月　　日から見込み　　か月
  病名

※裏面の内容が記された診断書・証明書、又は下記の裏面の医師の証明を添付

3　□障がい　　身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の写しを添付

身体障害者手帳　　級

精神保健福祉手帳　　級

療育手帳

4　□介護…／□看護…
- □入院／□在宅
  付添時間　週　　回　　１日　　時間
  患者氏名　　児童との続柄（　　）

※介護：介護保険受給者証の写しを添付

※裏面の内容が記された診断書・証明書、又は下記の裏面の医師の証明を添付

5　□求職活動…ハローワーク受付票の写し及び就労誓約書を添付

※求職活動を理由に入所できるのは、３か月です。

□職業訓練…技能訓練期間の長が証明する在職証明書を添付（年度ごとに提出が必要です）

6　□就学…学生証の写し又は在学証明書及び時間割表を添付（年度ごとに提出が必要です）

期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

就学先と入所先の片道の所要時間　　約　　時間　　分

移動手段　（自動車・自転車・徒歩・電車・バス）

※定員を超えた申請があった場合は、家庭外で就労しているひとり親家庭などの優先利用の基準により入所調整を行います。

意　見　書

患者　住所

氏名　　生年月日　　年　月　日

病名

加療見込期間　　年　月　日～　　年　月　日

上記の状態のため（　日常生活活動が制限される　　日常生活活動が可能　）であることを認めます。

年　月　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師　氏名　　印