

介護・看護申告書（証明書）

病人の介護・看護のため、子どもを保育することができないため、次のとおり申告します。

医師証明欄

介護・看護 する方	氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日	
	住所	幸田町大字 字			
介護・看護 される方※	氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日	児童と の続柄
治癒見込期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 病院介護・看護 <input type="checkbox"/> 自宅介護・看護（通院：月・週 回） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
病名・病状					

※同居の親族に限ります。

下記のうち該当する□にレ点を付けてください。

- 月120時間以上の病人や障害者の介護等のため時間が必要であり、子どもを保育することができない。
- 月60時間以上の病人や障害者の介護等のため時間が必要であり、子どもを保育することができない。

証 明 欄	証明日	令和 年 月 日			
	医療機関所在地				
	医療機関名				
	医師名				
	電話番号				

保護者記入欄（児童が複数いる場合は、本書をコピーして提出してください。）

フリガナ		利用施設名	生年月日	クラス年齢
利用 児童名			平成・令和 年 月 日	歳児
フリガナ		利用施設名	生年月日	クラス年齢
利用 児童名			平成・令和 年 月 日	歳児
フリガナ		利用施設名	生年月日	クラス年齢
利用 児童名			平成・令和 年 月 日	歳児