

# 保育を必要とする申出・証明書

## 出産・傷病・家族介護 用

※黄色網掛け部分以外は、出産予定者・傷病者・介護者本人が記入してください。

提出日 年 月 日

|                                                              |                                                                                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 児童名                                                          | 令和 年 月 日生<br>( 歳児クラス)                                                                    |                          | 1. 保育園在園中<br>2. 保育園入園申込中 |
| 出産予定者・傷病者・<br>介護者氏名                                          |                                                                                          | 児 童 と の<br>続 柄           | 父・母・祖父・祖母<br>その他 ( )     |
| 保育が困難な理由<br>(該当項目にチェック)                                      | <input type="checkbox"/> 出産                                                              | 出産(予定)日                  | 令和 年 月 日                 |
|                                                              | <input type="checkbox"/> 傷病・障害                                                           | 傷病・障害名                   |                          |
|                                                              |                                                                                          | 治療見込期間                   |                          |
|                                                              | <input type="checkbox"/> 家族介護<br>(同居に限る)                                                 | 傷病の内容                    | 詳細を下記【状況詳細記入欄】に記入してください。 |
|                                                              |                                                                                          | 要介護者名                    | 児童との続柄:                  |
|                                                              |                                                                                          | 傷病・障害名                   |                          |
| 治療見込期間                                                       |                                                                                          |                          |                          |
|                                                              | 介護の内容                                                                                    | 詳細を下記【状況詳細記入欄】に記入してください。 |                          |
| 医師証明欄<br>※お手数ですが、黄色<br>網掛け部分については<br>医師の方による記入を<br>お願いいたします。 | 上記のとおり(出産・傷病・家族介護)について相違ないことを証明します。<br>年 月 日<br>病院(医院)所在地<br>病院(医院)名<br>医師名<br>TEL ( ) - |                          |                          |
| ※子育て支援課記入欄<br>(終了日は出産日より<br>変更します)                           | 保育開始日(産前8週に属する日の翌月の1日)<br>令和 年 月 日                                                       |                          |                          |
|                                                              | 保育終了日(産後8週の属する日の月末)<br>令和 年 月 日                                                          |                          |                          |

※この証明あるいは、同内容を具備する診断書の提出をお願いします。

- 1) 出産予定者は、医師の証明に代えて、母子健康手帳(出産予定日のわかるように)の写しで可。
- 2) 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を交付されている人、および介護認定を受けている人は、等級によっては、医師の証明に代えて、手帳または介護保険証の写しで可能な場合があります。(詳しくは子育て支援課までお問合せください)

※傷病、家族介護の方は、下記【状況詳細記入欄】に、必ずご記入ください。

### 【状況詳細記入欄】

傷病については、現在の病気の状況・日常生活の状況・通院回数等を詳細に記入してください。

家族介護については、要介護者の日常の状況・介護者の介護内容等の詳細を記入してください。

《傷病》

《家族介護》

【現在の状況】

【要介護者の日常状況】 要介護度:

【通院回数等】

【介護者の介護内容等】

【その他】

※この証明書は、保育所への入所、または就労状況調査のために使用するもので、他には一切使用いたしません。

※証明者の押印は必ずしも必要ありませんが、保護者自身が医師が証明する欄を無断作成・改変した場合、申請内容に虚偽があるものとして、申請・入園決定が無効になる(在園児は退園)他、罪に問われることがあります。

※書類の有効期限は、おおむね3か月です。

※子育て支援課から実地または電話調査を行うことがあります。

## 記入例

# 保育を必要とする申出・証明書 出産・傷病・家族介護 用

G

※黄色網掛け部分以外は、出産予定者・傷病者・介護者本人が記入してください。

提出日 令和〇年〇月〇日

|                                                              |                                                                                                                                                                              |                            |                             |  |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| 児童名                                                          | がまごおり<br><b>蒲郡 太郎</b>                                                                                                                                                        | 令和〇〇年 4月 5日生<br>( 3 歳児クラス) | 1. 東部 保育園在園中<br>2. 保育園入園申込中 |  |
| 出産予定者・傷病者・<br>介護者氏名                                          | がまごおり<br><b>蒲郡 花子</b>                                                                                                                                                        | 児 童 と の<br>続 柄             | 父 <b>母</b> 祖父・祖母<br>その他 ( ) |  |
| 保育が困難な理由<br>(該当項目にチェック)                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 出産                                                                                                                                       | 出産(予定)日                    | 令和 〇〇年 1 0 月 3 0 日          |  |
|                                                              | <input type="checkbox"/> 傷病・障害                                                                                                                                               | 傷病・障害名                     |                             |  |
|                                                              |                                                                                                                                                                              | 治療見込期間                     |                             |  |
|                                                              | <input type="checkbox"/> 家族介護<br>(同居に限る)                                                                                                                                     | 傷病の内容                      | 詳細を下記【状況詳細記入欄】に記入してください。    |  |
|                                                              |                                                                                                                                                                              | 要介護者名                      | 児童との続柄：                     |  |
|                                                              |                                                                                                                                                                              | 傷病・障害名                     |                             |  |
| 治療見込期間                                                       |                                                                                                                                                                              |                            |                             |  |
|                                                              | 介護の内容                                                                                                                                                                        | 詳細を下記【状況詳細記入欄】に記入してください。   |                             |  |
| 医師証明欄<br>※お手数ですが、黄色<br>網掛け部分については<br>医師の方による記入を<br>お願いいたします。 | 上記のとおり（出産・傷病・家族介護）について相違ないことを証明します。<br>令和 〇〇年 1 0 月 1 0 日<br>病院（医院）所在地 <b>蒲郡市〇〇町〇〇—〇〇</b><br>病院（医院）名 <b>〇〇〇〇病院</b><br>医師名 <b>〇〇 〇〇</b><br>TEL <b>( 0 5 3 3 ) — 〇〇 — 〇〇〇〇</b> |                            |                             |  |
| ※子育て支援課記入欄<br>(終了日は出産日より<br>変更します)                           | 保育開始日（産前8週に属する翌月の1日）<br>令和 年 月 日                                                                                                                                             |                            |                             |  |
|                                                              | 保育終了日（産後8週の属する月の月末）<br>令和 年 月 日                                                                                                                                              |                            |                             |  |

医師の証明あるいは、同内容を  
具備する診断書等の提出をお  
願ひします。詳しくは下記※を  
ご覧ください。

※この証明あるいは、同内容を具備する診断書の提出をお願いします。

- 1) 出産予定者は、医師の証明に代えて、母子健康手帳（出産予定日のわかるように）の写しで可。
- 2) 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を交付されている人、および介護認定を受けている人は、等級によっては、医師の証明に代えて、手帳または介護保険証の写しで可能な場合があります。（詳しくは子育て支援課までお問合せください）

※傷病、家族介護の方は、下記【状況詳細記入欄】に、必ずご記入ください。

状況を詳しくご記入ください。

### 【状況詳細記入欄】

傷病については、現在の病気の状況・日常生活の状況・通院回数等を詳細に記入してください。

家族介護については、要介護者の日常の状況・介護者の介護内容等の詳細を記入してください。

《傷病》

《家族介護》

【現在の状況】

【要介護者の日常状況】

要介護度：

【通院回数等】

【介護者の介護内容等】

【その他】

※この証明書は、保育所への入所、または就労状況調査のために使用するもので、他には一切使用いたしません。

※証明者の押印は必ずしも必要ありませんが、保護者自身が医師が証明する欄を無断作成・改変した場合、申請内容に虚偽があるものとして、申請・入園決定が無効になる（在園児は退園）他、罪に問われることがあります。

※書類の有効期限は、おおむね3か月です。

※子育て支援課から実地または電話調査を行うことがあります。