

園名		児童名	
氏名	児童との続柄：父・母・祖父・祖母・その他		

## 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。また、該当する事由の必要書類をご用意願います。

出産	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日 令和 年 月 日 産前6週間前の月の1日から、産後8週間後の月末までの入園です。 ◎母子手帳の写し（表紙と出産予定日が分かるページ）を提出してください。
障がい	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～3級、療育手帳A1・A2・B1、精神障害者保健福祉手帳1・2級程度 ◎該当する手帳の写しを提出してください。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
療養	<input type="checkbox"/> 入院または常に寝ている必要がある <input type="checkbox"/> その他（ ） ※必ず医師の診断書が必要です。
親族の介護等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級、療育手帳A1・A2、精神障害者保健福祉手帳1級、要介護4・5程度 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級、療育手帳B1、精神障害者保健福祉手帳2級、要介護3程度 <input type="checkbox"/> その他（ ） 〔介護(看護)が必要な方の氏名： 続柄： 同居・別居〕 ◎該当する手帳の写しを提出してください。
就学	<input type="checkbox"/> 就学先： 期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ◎在学証明及び時間割を提出してください。
求職活動	<input type="checkbox"/> 求職が理由の場合、認定の期間は2ヶ月です。 ◎求職受付表等の写しを提出してください。

障害・療養・親族の介護等で認定の申請をされる方へ

◎障がい(身体障害者手帳1～3級、療育手帳A1・A2・B1、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3以上の認定を受けている場合を除く)の方は下記診断書が必要です。(別様式可)

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. 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			