

病気・看護・介護等証明書

※本用紙における証明もしくは診断書、介護認定証の写しを添付して提出してください。

※証明の内容に変更が生じたときは、速やかに園に報告してください。

※実態調査をすることがありますので、御協力ください。

※証明書の内容と事実が異なるときは、保育の必要性の認定が取り消されることがあります。

病人等の氏名	(年齢 歳)		
病気等の名称			
病状			
治療の状況	入院	期間	年 月 日～ 年 月 日
	通院	期間	年 月 日～ 年 月 日
		曜日	月・火・水・木・金・土
		時間	時 分 ～ 時 分
		月平均通院日数	日
看護等の有無	有(看護者氏名) ・ 無		
看護等の状況	場所	病院 ・ 自宅 ・ その他 ()	
	日数	月の平均看護日数 日	
	時間	≪平日≫ 時 分 ～ 時 分 ≪土曜≫ 時 分 ～ 時 分	
(あて先) 東郷町長 令和 年 月 日 上記の内容について、事実であることを証明いたします。 ≪証明者≫ 所在地 病院等の名称 印 電話番号 ≪証明者≫ 住所 氏名 印 電話番号			
※保護者記入欄 (必ず記入してください。)			在籍施設名 <small>※児童クラブは記入必要ありません。</small>
児童名	生年月日	平・令 年 月 日	
児童名	生年月日	平・令 年 月 日	
児童名	生年月日	平・令 年 月 日	
勤務先から施設までの所要時間			時間 分
利用する施設	保育園 ・ 認定こども園 ・ 幼稚園 ・ 放課後児童クラブ		
上記の内容に虚偽があったとき又は実際の就労時間が認定要件に満たないときは、認定の取消しに同意します。			
令和 年 月 日	就労者(保護者)		署名

病院等の方へ

- この証明書は、保育の必要性の認定に必要ですので、記入漏れのないようにしてください。
- この証明書の内容については、保育の必要性の認定以外に利用することはありません。
- 病気等の方の本用紙における病院等の証明もしくは別途診断書を添付してください。
- 病院等での看護を必要とする場合は、病院等で証明をお願いします。

自宅で看護・介護される方へ

- この証明書は、保育の必要性の認定に必要ですので、記入漏れのないようにしてください。
- この証明書の内容については、保育の必要性の認定以外に利用することはありません。
- 自宅で看護、介護を行うときは、看護者等が看護等の有無・看護等の状況を記入し、自分で証明してください。
- 看護、介護が必要な方の本用紙における病院等の証明もしくは別途診断書、介護認定証の写しを添付してください。

記入例 病気・看護・介護等証明書

※本用紙における証明もしくは診断書、介護認定証の写しを添付してください。
※証明の内容に変更が生じたときは、速やかに園に報告してください。
※実態調査をすることがありますので、御協力ください。
※証明書の内容と事実が異なるときは、保育の必要性の認定ができません。

別途診断書、介護認定証の写しの添付がある場合は、太枠の部分について、病人の方もしくは看護・介護者の方が記入してください。

病人等の氏名	東郷太郎		(年齢 80 歳)
病気等の名称	脳梗塞		
病	下半身まひ、意識障害		
治療	入院	令和元年 6月 1日～	年 月 日
		年 月 日～	年 月 日
		・火・水・木・金・土	
	時間	時 分	～ 時 分
看護等の有無	有	月平均通院日数	日
	(看護者氏名 東郷花子)	・無	
	場所	病院	・自宅・その他()
	日数	月の平均看護日数	25 日
		《平日》	9時 00分 ～ 18時 00分
		《土曜》	9時 00分 ～ 12時 00分
			令和 3年 11月 12日
上記の内容を、事実であることを証明いたします。	《証明者》	所在地 病院等の名称 電話番号	看護・介護者の方が証明してください。 ※病気証明の場合は記入不要です。
	《証明者》	住所 氏名 電話番号	東郷町〇〇〇〇1-1-1 東郷 花子 0561-〇〇-〇〇〇〇
※保護者記入欄 (必ず記入してください。)			在籍施設名 ※児童クラブは記入必要ありません。
児童名 東郷桃子	生年月日	平・令 2年 12月 1日	〇〇保育園
児童名	生年月日	平・令 年 月 日	
児童名	生年月日	平・令 年 月 日	
	勤務先から施設までの所要時間		時間 20分
	利用する施設	保育園	児童クラブ
上記の内容に虚偽があったとき又は実態調査結果が認定要件に満たないときは、認定の取消しに同意します。			
令和 3年 11月 15日	就労者(保護者)	署名	東郷花子
利用する施設に○をつけてください。(複数可)			