

家庭状況証明書（就労以外）

在籍する小学校	児童名：	生年月日： . .
---------	------	-----------

父・母・祖父・祖母・ _____ (いずれかを○で囲んで下さい。)	保護者名：
-----------------------------------	-------

◎働いていない場合

<input type="checkbox"/> 出産	令和 年 月 日（予定日又は、出産日） ※母子健康手帳の写しを添付して下さい。
<input type="checkbox"/> 障がい	※身体障害者手帳、精神保健福祉手帳、療育手帳等をお持ちの方は、 いずれかの写しを添付して下さい。
<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> 入院 平成・令和 年 月 日より入院 <input type="checkbox"/> 通院 平成・令和 年 月 日より通院（週 回） ※医師の診断書を添付して下さい。
<input type="checkbox"/> 看護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 付添時間 週 回 1日 時間 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 患者氏名 児童との続柄 ※医師の診断書を添付して下さい。

診 断 書

(患者)住所 _____

(患者)名前 _____ 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

病名 _____ 加療見込期間 _____
年 月 日 ~ 年 月 日

■加療の方法 ・投薬のみ ・通院 ・往診 ・入院 ・その他()

■傷病の程度 ・絶対安静 ・常時看護人必要 ・常時看護人不要
・児童保育困難 ・児童保育可能
・その他()

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

住所
医師 名前

印