

家族の状況証明書(就労以外用)

提出年月日 年 月 日

施設(事業者)名		
子どもの氏名		生年月日

父 親 ・ 母 親 ・ 祖 父 ・ 祖 母 ・ ()	氏 名	
-----------------------------	-----	--

事 由 及 び 添 付 資 料	1 ☐ 妊娠・出産……母子健康手帳(表紙及び出産予定日がわかるページ)の写しを添付 出産(予定)日 年 月 日
	2 ☐ 障がい……身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の写しを添付 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳 級 療育手帳
	3 ☐ 病 気 ☐ 入 院 年 月 日より見込み か月 病名 ☐ 自宅療養 年 月 日より見込み か月 病名
	4 ☐ 介護・看護 ☐ 入 院 付添時間 週 回 1日 時間 ☐ 在 宅 患者氏名 子どもとの続柄()
	5 ☐ 就 学……在学証明書又は学生証を添付(年度ごとに提出が必要です。) 職業訓練を受講する場合は、受講することが分かる書類を添付 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日
	6 ☐ 求職活動……ハローワークの受付票等の写しを添付

2障がい(手帳を持っていない方のみ), 3病気, 4介護・看護の場合は、下記に医師の証明を受けてください

意 見 書	
患者 住 所	
氏 名	生年月日 年 月 日
病 名	
加療見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日
※ 自宅療養の状況 常時臥床での療養 ・ 精神性疾患による安静加療 ・ 通院加療が必要(週 日)	
上記の状態のため、常時付添人必要又は保育不可能であることを認めます。	
年 月 日	病院所在地
	病院名
医 師	氏 名 印