

(年度)

(在籍または第1希望保育所等名)

(児童氏名)

(児童生年月日)

令和	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
年度	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日

※上記の太枠内を保護者が必ずご記入ください。記入がない場合、申請内容を受付できない場合があります。

病気・介護（看護）証明書

- この証明書、あるいは同内容を含んだ診断書の提出をお願いいたします。
- 下記内容に相違した場合は、入所後であっても施設・事業を利用できなくなる場合があります。
- 出産に伴う傷病の場合は、母子手帳の写しをあわせてご提出ください。
- ご不明な点がある場合は、茨木市保育幼稚園事業課までお問い合わせください。[TEL 072-620-1638]

①傷病等の家族名		②児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他()
③傷病等の名称			
④介護（看護）の必要の度合または児童の保育が困難な状況			
⑤通院	<input type="checkbox"/> 週 / <input type="checkbox"/> 月 回		
⑥入院の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
上記のとおり児童の保育ができないことを証明します。		令和 年 月 日	
医療機関			
住所			
氏名			

ver.2021

記入例

①傷病等の家族名	茨木 花子	②児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他()
③傷病等の名称	〇〇病		
④介護（看護）の必要の度合または児童の保育が困難な状況	令和3年9月ごろから〇〇病により、投薬で自宅療養中。 △△や□□の症状があり、日中の児童の保育が困難である。		
⑤通院	<input checked="" type="checkbox"/> 週 / <input type="checkbox"/> 月 1 回		
⑥入院の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
上記のとおり児童の保育ができないことを証明します。		令和 3 年 10 月 31 日	
医療機関			
住所			
氏名			

※市記入欄

提出済み
支給認定 あり なし
利用者負担 あり なし
点数 あり なし