

保護者が妊娠中又は病気・障害の場合

|     |       |            |                |
|-----|-------|------------|----------------|
| 児童名 | 由良 一郎 | 令和5年10月1日生 | 保育所<br>ゆら こども園 |
|-----|-------|------------|----------------|

## 保育所等入所病状等証明書

妊娠・出産の場合  
この欄に記入し、母子  
手帳のコピーを添付  
(医師の証明不要)

|   |                |    |   |
|---|----------------|----|---|
| 名 | 由良 花子          | 続柄 | 母 |
| 所 | 由良町大字里〇〇〇〇番地〇〇 |    |   |

|         |           |                                                                        |
|---------|-----------|------------------------------------------------------------------------|
| 1<br>出産 | 出産予定日・出産日 | 令和 9 年 4 月 10 日                                                        |
|         | 出産後の就労予定  | ①産後1年以内に就労する予定である<br>(就労先が決まっている／決まっていない)<br>②産後1年以内、又はずっと就労しない<br>③未定 |

病気の場合  
この欄に記入し、  
医師の証明を  
もらう

|        |                                                          |           |        |
|--------|----------------------------------------------------------|-----------|--------|
| 病 名    | 〇〇〇〇〇                                                    |           |        |
| 状 況    | 1 入院中 (病院名 )                                             | 入院年月日     | 年 月 日  |
|        | 2 通院中                                                    | 週 3 回     |        |
| 治療予定期間 | 1 未 定                                                    | 2 期 間 (   | 年 月 日) |
| 自宅療養   | 1 家事不可能                                                  | 2 家事少しできる |        |
|        | 3 家事はほとんどできる                                             |           |        |
| 障 害    | 身体障害者手帳 ( 2 ) 級<br>精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級<br>療育手帳 A ・ B1 ・ B2 |           |        |
| 備 考    |                                                          |           |        |

障害がある場合  
この欄に記入し、手帳  
のコピーを添付  
(医師の証明不要)

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇年〇〇月〇〇日

証 明 者 住 所 〇〇市〇〇 〇〇番地  
(医師) 〇〇病院  
氏 名 医師 〇〇 〇〇

※ 出産の場合は、母子手帳のコピーを添付してください。障害者手帳等の交付を受けている場合は、手帳のコピーを添付してください。(医師の証明は要りません。)

世帯に要介護者がいるなど、介護や看護が必要な場合

|           |       |                      |                |
|-----------|-------|----------------------|----------------|
| 児童名       | 由良 一郎 | 令和5年10月1日生           | 保育所<br>ゆら こども園 |
| 介護・看護者の氏名 | 由良 花子 | 介護・看護を受ける方との続柄 ( 母 ) |                |

保 育 所 等 入 所 病 状 等 証 明 書 (介護・看護用)

|                      |                |                                                          |        |
|----------------------|----------------|----------------------------------------------------------|--------|
| 介護・看護を受ける方の住所        | 由良町大字里〇〇〇〇番地〇〇 |                                                          |        |
| 同 氏 名                | 由良 衣奈子         |                                                          |        |
| 名                    | 〇〇〇〇〇          |                                                          |        |
| 況                    | 1 入院中          | 入院年月日                                                    | 年 月 日  |
|                      | 2 通院中          | 週 3 回                                                    |        |
|                      | 3 在 宅          |                                                          |        |
| 定期間                  | 1 未 定          | 2 期 間 (                                                  | 年 月 日) |
| 療養                   | 1 家事不可能        | 2 家事少しできる                                                |        |
|                      | 3 家事はほとんどできる   |                                                          |        |
| 受ける方<br>の病状等<br>について | 介 護            | 介護認定 要介護 ( 3 ) ・ 要支援 ( )                                 |        |
|                      | 障 害            | 身体障害者手帳 ( 2 ) 級<br>精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級<br>療育手帳 A ・ B1 ・ B2 |        |
|                      | 備 考            | 介護・看護を受ける必要が ( ①ある ② 特にな<br>い )                          |        |
|                      |                |                                                          |        |

要介護認定や障害者手帳の  
交付を受けている場合は、  
要介護度が記載された介護  
保険被保険者証もしくは障  
害者手帳等のコピーを添付  
(医師の証明不要)

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇年〇〇月〇〇日

証 明 者 住 所 〇〇市〇〇 〇〇番地  
(医師) 〇〇病院  
氏 名 医師 〇〇 〇〇

要介護認定や障害者手帳等の交付を受  
けていない場合は、医師の証明が必要

※ 介護・障害の場合は、要介護度が記載された介護保険被保険者証もしくは障害者  
手帳等のコピーを添付してください。(医師の証明は要りません。)