

※保護者記入

| | | |
|-------------------|--------|----------------|
| (施設名) | 児童氏名 | |
| ※新規申込・在園 (いずれかに○) | 児童との続柄 | 父・母・祖父・祖母・ () |

保育を必要とする事由証明書 (農業、疾病・障害、介護など)

農業の方 [この証明に加え、農家基本台帳と農地基本台帳の写し、農作業の年次計画が分かる書類 (任意様式) を提出してください。]

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|------|-----------------------|-----|---|---------|-----|-----|----|----|---|
| 従事者等氏名 | | 児童との続柄 父・母・祖父・祖母・ () | | | | | | | | |
| 農業 | 耕作面積 | 田 | アール | 畑 | アール | 果樹園 | アール | | | |
| | 主な作物 | | | | | | | | | |
| 仕事内容 | | | | | | | | | | |
| 1日の従事時間 | | 平日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 日中 | 時間 | 分 |
| 土曜日の従事状況 | | | | | 1月の従事日数 | 平均 | 日 | | | |
| 農家基本台帳の従事世帯員登録について | | 有 ・ 無 ※備考 | | | | | | | | |

疾病・障害、介護などの方 [疾病・障害、介護の方は記入の上、診断書を添付してください。障害者手帳等をお持ちの方は、手帳の写しも添付してください。]

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-----------------------|-----------------------|-------|---|----|---|---|------|---|---|---|
| 疾病・障害、 病人等の介護 (病人等氏名・ 病名等・発病年 月日は必ず記入 してください。 入院、通院、介 護共通事項) | 病人等氏名 | 児童との続柄 父・母・祖父・祖母・ () | | | | | | | | | | |
| | 病名等 | | 発病年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | 入院期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 退院見込 | 年 | 月 | 頃 |
| | 通院状況 | 週 | 回 | 治癒の見込 | 年 | 月 | 頃 | | | | | |
| | 介護 | 従事者氏名 | 児童との続柄 父・母・祖父・祖母・ () | | | | | | | | | |
| 介護等又は付き添い場所 | | 自宅・医療機関名住所等 () | | | | | | | | | | |
| 日数及び時間 | | 週 | 回 | 時頃 | ～ | 時頃 | | | | | | |

| 証 明 欄 | 備 考 欄 |
|----------|-------|
| 令和 年 月 日 | |

※別途、診断書を提出する場合は、上記の証明欄への記入は不要です。

日進市役所健康こども部こども課
 電話 (0561) 73-1095
 FAX (0561) 72-4603