

疾病・障がい 証明書

羽曳野市長 様

保護者記入欄

(父 母 祖父 祖母)の証明書	
保護者氏名	
児童氏名 生年月日	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
在籍・希望施設	

【疾病・障がい】

医療機関記入欄(申込者本人が記入した場合は無効となります。)

1	氏 名		2	初 診 日	年 月 日
3	受 診 状 況	通院(月・週 日程度)・その他() 入院(期間など:)			
4	病 名				
5	症 状				
6	保育の困難度合(該当するものにチェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である(重度) <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である(中度) <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある(軽度) <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない			
7	所 見	疾病により児童の保育が困難な点をご記入ください。			
8	治療(見込み)期間	年 月 日から	年 月 日まで		
	証明年月日	年 月 日	医療機関名		
			住 所		
			医 師 名	印	

【疾病】 本人記入欄

療養状況	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる
上記の理由 (詳しく記入してください)	

【障がい】 本人記入欄(必ず手帳のコピーをつけてください。)

氏 名	
手 帳 の 種 別 等	身体障害者手帳 級・療育手帳 A・B1・B2
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)	

【お問い合わせ先】

羽曳野市こどもえがお部

こども保育課 給付担当

072-958-1111(内線 1231~1235)

看護・介護証明書

羽曳野市長 様

保護者記入欄

(父 母 祖父 祖母)の証明書	
保護者氏名	
児童氏名 生年月日	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
在籍・希望施設	

【看護・介護】

医療機関記入欄(申込者本人が記入した場合は無効となります。)

1	看護・介護を受ける方		年齢()歳
2	児童との続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()	
3	看護・介護を受ける方の住所		
4	病 名		
5	看(介)護必要の度合	常時介護 ・ 要介護 ・ 要支援	6 看(介)護必要期間
			年 月 日から カ月
	証明年月日	医 療 機 関 名	
	年 月 日	住 所	
		医 師 名 印	

看護・介護者記入欄

7	看護・介護状況	入院・通院(通所) (月・週 日程度) ・ 在宅						
8	症 状	身体障害者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 級・療育手帳 A・B1・B2						
9	介護認定の状況/ 保育が困難な理由	要介護認定：要介護() ・ 要支援 介護サービス利用：無 ・ 有						
10	看護・介護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他						
11	その他の看護・ 介護内容							
12	看護・介護の状況について記入してください(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)							
		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
	～ 8:00							朝食介助
	8:00 ～							
	9:00 ～							
	10:00 ～							} 病院通院介助
	11:00 ～							
	12:00 ～							昼食介助
	13:00 ～							
	14:00 ～							
	15:00 ～							
	16:00 ～							入浴介助
	17:00 ～							夕食介助
	18:00 ～							
	19:00 ～							

【お問い合わせ先】

羽曳野市こどもえがお部

こども保育課 給付担当

072-958-1111(内線 1231~1235)