

※ 消せるボールペン、鉛筆等での記入はご遠慮ください。使用が認められた証明は無効になります。

介護・看護状況証明書

施設・事業名

児童氏名

生年月日

(あて先) 高槻市長

<介護・看護を行う方について>

氏名		児童との続柄	
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 訪問 (週・月 日程度) <input type="checkbox"/> 母子通園		
介護・看護内容	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・外出同行・その他 <介護・看護状況を具体的にご記入ください>		

<介護・看護を受ける方について>

※ 介護・看護を受ける方について、障がい者手帳をお持ちでない場合は、別途診断書または「病気・障がい状況証明書」をご提出ください。

氏名		年齢	
児童との続柄			
住所	〒 -		
病名			
手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1・B2) ※ 必ず手帳のコピーをご提出ください		
特別児童扶養手当受給の有無	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり		
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()		
介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容:)		
状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通所(院)【週・月 日程度】 <input type="checkbox"/> 通園(学)【週・月 日程度】 → ※ 必ず在園証明書(母子通園が必要である旨が記載されているもの)を合わせてご提出ください		
症状	<児童の保育が困難な点をご記入ください>		

※ 消せるボールペン、鉛筆等での記入はご遠慮ください。使用が認められた証明は無効になります。

介護・看護状況証明書

記入例

(あて先) 高槻市長

<介護・看護を行う方について>

氏名	高槻 花子	児童との続柄	母
介護・看護状況	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 訪問 (週・月 日程度) <input type="checkbox"/> 母子通園		
介護・看護内容	<input checked="" type="checkbox"/> 家事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 食事補助 <input checked="" type="checkbox"/> 着脱衣補助 入浴補助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助 外出同行・その他 <介護・看護状況を具体的にご記入ください> ※ 介護・看護を受ける方の状況をふまえ、介護・看護の内容を具体的にご記入ください。		

<介護・看護を受ける方について>

※ 介護・看護を受ける方について、障がい者手帳をお持ちでない場合は、別途診断書または「病気・障がい状況証明書」をご提出ください。

氏名	高槻 松子	年齢	90歳
児童との続柄	曾祖母		
住所	〒 同居		
病名	〇〇〇症		
手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1・B2) ※ 必ず手帳のコピーをご提出ください		
特別児童扶養手当受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり		
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (2)		
介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: デイサービスを週に3日利用)		
状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通所(院)【週・月 日程度】 <input type="checkbox"/> 通園(学)【週・月 日程度】 → ※ 必ず在園証明書(母子通園が必要である旨が記載されているもの)を合わせてご提出ください		
症状	<児童の保育が困難な点をご記入ください> ※ 詳しく具体的にご記入ください。		