（保育所入所用）

# 保育不可証明兼申立書

※保護者等記入欄

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フ リ ガ ナ<br>児　童　名 | | 年齢 | | 入所（希望）<br>保 育 所 名 | |
| 生 年 月 日 | | | | | |
| 届 出 者 名 | | | | 児童との続柄 | 父・母・祖父・祖母・その他<br>（　　） |

うきは市長　様

【申立者用】

次のとおり相違ないことを申し立てます。

令和　　年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**① 出産の方**　〈母子健康手帳の出産予定日のページの写しを添付してください。〉

| | |
|---|---|
| 出産（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 出産後の予定 | □産休・育休取得後復職予定　→　復職予定日　令和　　年　　月　　日<br>□求職予定<br>□就労予定なし |

**② 障がい者の方**　〈身体障がい者手帳・療育手帳等の写しを添付してください。〉

| | | | |
|---|---|---|---|
| 手　帳　名 | | | |
| 障がい者名 | | 等 級（程度） | |

**③ 就学の方**　〈在学証明書等を添付してください。〉

| | | | |
|---|---|---|---|
| 学　校　名 | | | |
| 受 講 状 況 | 週・月　　日 | 時　間 | :　　～　　: |
| 期　　間 | 年　　月　～　　年　　月 | | |

**④ 病気療養の方**　〈医師の診断書または、意見書の写しを添付してください〉

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病　名 | | 病院名 | |
| 期　間 | 年　　月　～　　年　　月（予定） | | |
| 通　院 | 週・月　　日 | 入　院 | 年　月　日～　年　月　日 |
| 状　況 | 1. 寝たきり　2. 寝たり起きたり　3. その他（　　） | | |

**⑤ 看護(介護)の方**　〈看護（介護）対象者の介護保険証または、身体障がい者手帳等の写しを添付してください〉

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護（介護）対象者氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 | 続柄 | | |
| 看護（介護）対象者住所 | | | 同居の有無 | 同　・　別 | | |
| 手帳等の取得状況 | 身障　　級 | 療育 | 精神　　級 | 介護認定 | 要介護 | 要支援 |
| 日常生活の状況 | 食　事　　一人でできる・一部介助・全介助<br>入浴・洗顔等　　一人でできる・一部介助・全介助<br>排　泄　　一人でできる・一部介助・全介助<br>特別な医療・介護・看護等　　無・有（　　） | | | | | |
| サービスの利用状況 | 無・有（週　　回・内容：　　） | | | | | |
| 施設通所・入所状況 | 無・有（週　　回・内容：　　） | | | | | |
| 看護（介護）従事状況 | 看護（介護） | 週あたり　　日・1日あたり　　時間 | | | | |
| | 通院・通所 | 週あたり　　日・1日あたり　　時間 | | | | |
| 看護（介護）者氏名 | | | | | | |
| 看護（介護）の内容 | | | | | | |

＊手帳等の取得状況の欄には、身障手帳の級や介護の程度（1～5）を記入してください。

◆この証明書は、保育所入所のための必要書類となりますので、記載漏れのないようにお願いします。

◆内容を照会させていただく場合があります。実態が本書と異なる場合は、保育所入所決定を取り消すことがあります。

◆内容等に変更が生じたときは、改めて提出をお願いします。

◆本書についての問い合わせ先は、うきは市こどもみらい課こども・子育て支援係（℡　0943－73－7330）までお願いします。