

# 記入例

# 障害

## 現況届出書及び(入所・利用)理由証明書

### ※保護者記入欄

氏名	柏原 母美	児童との続柄	母
住所	柏原市 旭ヶ丘〇丁目〇〇番〇〇号 △□ハイツ〇〇〇号		
フリガナ	カシワ ムスコ		
児童名	柏原 息子	施設(事業者)名	〇〇保育園
生年月日	平成・令和 30年 10月 10日	(利用中・)	申込中
フリガナ	カシワ ムスメ		
児童名	柏原 娘	施設(事業者)名	〇〇保育園
生年月日	平成・令和 2年 6月 2日	(利用中・)	申込中
フリガナ			
児童名		施設(事業者)名	
生年月日	平成・令和 年 月 日	(利用中・)	申込中

保育の利用を必要とする事由 ※該当する欄にシ点(☑)をつけてください。

就労 妊娠・出産 疾病・障害 介護・看護 災害復旧 求職活動  
就学 育児休業 その他( )

### ※事業所記入欄

就労者氏名											
<p>①上記の保護者記入欄に、氏名、児童名等を記入して下さい。</p> <p>②A3用紙内側右の「障害欄」に、所持障害者手帳の種別と障害により保育ができない状況を、記入して下さい。該当者本人が記載できる場合は、医療機関等に記入を依頼する必要はありません。</p>											
就労(外勤・内勤)	勤務時間及び勤務日数	土曜 時 分 ~ 時 分	1日平均	実働 時間 分	休憩 時間 分						
	休務日	日・月・火・水・木・金・土 不定期[ ]									
	社会保険の加入	有・無	給与(※1)	年俸・月給・時給 円							
	直近3か月(産休・育休中の場合は休業前の勤務日数及び賞金支給額(※1))	月別	月分	月分	月分						
		勤務日数	日	日	日						
	法令による産前・産後休業または育児休業を取得している場合	産前産後休業	年 月 日 ~ 年 月 日								
		育児休業	年 月 日 ~ 年 月 日								
	上記のとおり	□勤務	□内定 していることを証明します。								
		令和 年 月 日	所在地								
											名称・代表者
										電話	
										記入担当者( )	

(※1) 給与及び支給額は、交通費・賞与等一時金を除く税込み金額をご記入ください。

### ※医療機関記入欄

氏名										
病名										
受診状況	通院(月・週 日程度)・その他( ) 入院(期間など: )									
病状										
療養状況及び	<input type="checkbox"/> 自分のことができない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度できる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる <input type="checkbox"/> 療養状況及び( )									

・オレンジで囲まれた部分を記入して下さい。

・手帳の写しを添付してください。

令和 年 月 日	医療機関名
	住所
	医師名

### ※本人記入欄(必ず手帳の写しを添付してください。)

障害	手帳の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 2 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳( A・B1・B2 ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳( 級)
	保育が困難な理由	事故により、下半身に障害が残り、日中の保育が困難なため。

### ※介護・看護者記入欄

介護・看護(※3)	介護・看護を受ける方	年齢( )歳																									
	続柄	児童の[ 父・母・父方(祖母・祖父)・母方(祖父・祖母)・その他( ) ]																									
	介護・看護を受ける方の住所																										
	介護・看護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳( A・B1・B2 ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳( 級) 要介護認定: <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 要支援( ) 介護サービス利用: 無・有 <input type="checkbox"/> その他(病名)																									
	介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(通所)(月・週 日程度) <input type="checkbox"/> 在宅 <介護を行っている日数> 1週間あたり 日 <介護を行っている時間> 1日あたり 時間( 時 分~ 時 分)																									
	介護・看護内容	<input type="checkbox"/> 歩行援助 <input type="checkbox"/> 排泄援助 <input type="checkbox"/> 食事援助 <input type="checkbox"/> 入浴援助 <input type="checkbox"/> 着脱衣援助 <input type="checkbox"/> 通院(通所)同行 <input type="checkbox"/> その他 具体的な介護・看護内容を記入してください。																									
	1日の介護・看護のスケジュール	<table border="1"> <tr> <td>7時</td><td>8時</td><td>9時</td><td>10時</td><td>11時</td><td>12時</td><td>13時</td><td>14時</td><td>15時</td><td>16時</td><td>17時</td><td>18時</td><td>19時</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時												
7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時															

(※3) 介護・看護を要件に申請される場合は、介護・看護を受ける方の、『現況届出書及び入所理由証明書』の「疾病」欄を用いた医療機関での証明、もしくは「障害」欄を記入し提出してください。また、添付書類として『障害者手帳』、『介護保険被保険者証』の写し、通学等の付き添い場合は『在学・通学証明書』等利用状況が確認できる書類も提出してください。