家庭内状況証明書

令和　　年　　月　　日

菊池市福祉事務所長　様

証明者（医療機関・民生委員）

住　所

医療機関名

氏　名　　㊞

電話番号

下記のとおり証明します。

証　明 依頼者	氏　　名	㊞	児童との続柄	父・母・祖父・祖母
	住　　所			
①疾病	病　　名			
	症　　状			
		就労	可　・　不可	
	入院又は通院	入　院	通　院	回／週　回／月
	治療見込期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　・　未定		
②看護	看護を必要とする者	氏名		児童との続柄
		居住地 （住所）		
	看護の状況	主な身体状況：		
		看護状況：（在宅看護時間/日、看護日数/週等、看護に係る時間と日数が分かるようにご記入ください。）		
		入院：期間（予定）令和　年　月　日～　令和　年　月　日		
		通院：　回／週　・　施設利用：　回／週		
③災害等	火災　・　風水害　・　地震　・　その他（　　）			

※証明依頼者･･･自らの疾病等の証明が必要な方/自分以外の疾病等を患っている方を看護・介護している証明が必要な方

※①は**医療機関**から記入していただいてください。ただし、医療機関における診断書でも可。

※②及び③は内容を記入のうえ**民生委員**から証明を受けてください。

※太枠内は必ず保護者様でご記入ください。

児童名		生年月日	H　年　月　日	園名	
			H　年　月　日		
			H　年　月　日		

お問い合わせ先：菊池市役所子育て支援課　☎0968-25-7214