

# 記入例

## 現況届出書

## 疾病

フリガナ 氏名	カシワ ハハミ 柏原 母美	児童との続柄	母
フリガナ 児童名	カシワ ムスコ 柏原 息子	施設(事業者)名	〇〇保育園 (利用中・申込中)
生年月日	平成・令和 4 年 4 月 10 日		
フリガナ 児童名	カシワ イモコ 柏原 妹子	施設(事業者)名	〇〇保育園 (利用中・申込中)
生年月日	平成・令和 6 年 7 月 20 日		

### 保護者記入欄

☐ 勤務先が決まっている

☐ 採用面接を受けている(会社名)

(時期 年 月 日)

①上記の保護者記入欄に、氏名、児童名等を記入してください。

②裏面の「疾病欄」に、病名や病気により保育ができない状況を、医療機関に記入を依頼してください。

連絡先

(※1) ハローワークに通っている場合は、求人票の写し等、求職活動を行っていることが確認できる書類を添付してください。

### 事業所記入欄

就学等	就学(受講)者氏名															
	学校・訓練等種別	学校等	学校・専修学校・各種学校・その他( )													
		訓練等	職業訓練・指導員訓練・認定職業訓練・その他( )													
	学校・訓練校等名称															
	学校・訓練校等所在地															
	就学・受講(予定)期間		年		月		日		～		年		月		日	
	主な教育・受講科目															
	就学・受講時間	平日	時	分	～	時	分	週平均	日							
		土曜	時	分	～	時	分	1日平均	時間	分						
	通常就学・受講日		日・月・火・水・木・金・土・不定期( )													
上記のとおり <input type="checkbox"/> 就学・受講 <input type="checkbox"/> 就学予定・受講予定 であることを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称・代表者 電話 (印) 記入担当者( )																

### 医療機関記入欄

妊娠・出産	出産(予定)日	令和 年 月 日 (第 子)
	医療機関名	
	住所	
		医師名 (印)

## 医療機関記入欄

疾病	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													
		<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												
	<b>医療機関（かかりつけ医）に記入を依頼してください。</b>													
治療見込み期間		年	月	日	～	年	月	日						
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	手帳の種類	<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）												
	保育が困難な理由													

## 介護・看護者記入欄

介護・看護（※2）	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	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

（※2） 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』の「疾病」欄を用いた医療機関での証明又は「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、通学等の付き添いの場合は『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。