**妊娠・出産申告書**

令和　　年　　月　　日

三宅町長　殿

申立者

住　所　磯城郡三宅町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

私の妊娠・出産について、次のとおり申告します。

※該当項目を選択し、必要な欄を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 妊娠・出産該当者名 |  |
| 出産予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日出産予定 |
| 切迫流産・早産 | □　入院（　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで）□　自宅安静（　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで） |
| 入所希望期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 入所希望期間終了後 | □　勤務（　　　年　　月　　日予定　勤務先　　　　　　　　　　　　）□　求職活動□　家庭保育 |

※育児休業取得の場合は、勤務（内定）証明書を提出してください。

※認定期間終了時までに求職状況申立書を提出してください。

※切迫流早産による場合は、医師による診断書を提出してください。

【添付書類】

　母子健康手帳の父母の氏名記載ページと分娩予定日記載ページの写し

**疾病・障害等状況申告書**

令和　　年　　月　　日

三宅町長　殿

申立者

住　所　磯城郡三宅町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

私の疾病・けが・障害の状況について、次のとおり申告します。

【疾病・けが】該当項目を選択し、必要な欄を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　名 |  |
| 上記病名にかかる状況 | □　入院（　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで）□　通院（通院頻度　　週・月　　　回） |
| 子どもの保育 | □　保育が不可能である。□　保育が不可能ではないが大変困難である。□　保育が不可能ではないが支障がある。□　保育に支障はない。 |
| 保育が必要な理由 | （詳しく記入してください。） |

※疾病・けがによる申告には、医師による診断書（町の様式）を添付してください。

【障害】該当項目を選択し、必要な欄を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 手帳 | □　身体障害者手帳　　　　　（　　）種（　　）級（　　　　　　　　　　）□　療育手帳　　　　　　　　　　（　　　）□　精神障害者保健福祉手帳　　　（　　　）級　 |
| 障害にかかる状況 | □　入院（　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで）□　通院（通院頻度　　週　・　月　　　　回）□　なし |
| 子どもの保育 | □　保育が不可能である。□　保育が不可能ではないが大変困難である。□　保育が不可能ではないが支障がある。□　保育に支障はない。 |
| 保育が必要な理由 | （詳しく記入してください。） |

※障害による申告には、手帳の写しを添付してください。

**診　断　書**

三宅町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【保護者の疾病等用】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 磯城郡三宅町 |

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| １．現在の病状について |
|  |
| １．入院・通院等の状況　（該当項目の□をチェックし、内容を記載してください。） |
| 　□　入院　　無　・　有　（　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日）まで　予定　□　通院　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　予定　□　通院頻度　　　　　週・月／　　　　回 |
| １．現在の病状等からの所見（該当項目に○をうち、特記すべきことがあればご記入ください。） |
| 日常生活 | 　□　日常生活に問題はない。　□　基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。　□　日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。　□　常時、臥床または安静を保つ必要があり、介助・支援が必要である。　　　　　　）　特記（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 子育て | 　□　特段の制限はなく、育児を行うことは可能である。　□　概ね育児は可能だが、症状の安定・改善のためには一部育児の援助が望まれる。　□　育児が難しい場合が多く、症状の安定・改善のためには継続的な育児の援助が望まれる。　□　育児をすることは非常に難しい状態であり、早急に育児の援助が必要である。　特記（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記のとおり診断します。　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※この診断書は、保育の必要性を確認する資料として使用します。

　※記載内容について事実の確認のため、お問い合わせの連絡をする場合がございます。

　※この診断書に関するお問合せ　　三宅町健康子ども局健康子ども課（電話0745-43-3580）

**介護・看護状況申告書**

令和　　年　　月　　日

三宅町長　殿

申立者

住　所　磯城郡三宅町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

介護・看護にあたっている状況について、次のとおり申告します。

①介護（看護）者・被介護（看護）者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 子どもとの続柄 | 住　　所 |
| 介護・看護にあたる方 |  |  |  |
| 介護・看護が必要な方 |  |  |  |

②介護・看護の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 介護・看護を必要とする理由（手帳の写し又は診断書を添付） | 　□身体障害者手帳　　　　　（　　　）種（　　　）級　□療育手帳　　　　　　　　（　　　　　　）　　□精神障害者保健福祉手帳　（　　　　　）級　□要介護状態区分　　　　　　要介護（　　　　）・要支援（　　　　）　□その他　　　　　　　　　（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※身体障害者手帳１、２級、療育手帳A1、A2、精神障害者保健福祉手帳1級、介護保険被保険者証を所持している方以外は、医師による診断書（町様式）が必要になります。 |
| ＊同居でない方を介護の場合は、あなたが介護にあたらなければならない理由 |
| 介護・看護の状況 | 　食　　　　　事　　　　　1人でできる　・　一部介助　・　全介助　排　　　　　泄　　　　　1人でできる　・　一部介助　・　全介助　歩　　　　　行　　　　　1人でできる　・　一部介助　・　全介助　　着　　　　　脱　　　　　1人でできる　・　一部介助　・　全介助　入浴・洗顔など　　　　　1人でできる　・　一部介助　・　全介助　　特別な医療・介護・看護等　　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護・看護日数及び時間 | 介護・看護にあたる日数　　1か月あたり（　　　）日介護・看護に要する時間　　1日当たり　（　　　）時間 |
| その他の具体的な介護・看護内容 |  |

**診　断　書**

三宅町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【介護・看護用】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 磯城郡三宅町 |

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| １．現在の病状について |
|  |
| １．入院・通院等の状況　（該当項目の□をチェックし、内容を記載してください。） |
| 　□　入院　　無　・　有　（　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日）まで　予定　□　通院　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　予定　□　通院頻度　　　　　週・月／　　　　回 |
| １．現在の病状等からの所見（該当項目に○をうち、特記すべきことがあればご記入ください。） |
| 日常生活 | ①食　事　　　自立　・　一部介助　・　全介助　・　その他（　　　　　　　　　　　　　）②排　泄　　　自立　・　一部介助　・　全介助　・　その他（　　　　　　　　　　　　　）③歩　行　　　独歩可　・　要介助歩行　・　不可　・　その他（　　　　　　　　　　　　）④着　脱　　　自立　・　一部介助　・　全介助　・　その他（　　　　　　　　　　　　　）⑤入　浴　　　自立　・　一部介助　・　全介助　・　その他（　　　　　　　　　　　　　）　特記（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （当該患者に係る家族の看護、介護の必要性）※入院中の場合は、退院後として自宅での介護もご記入ください。　□要しない　□要する　　入院期間中の付添　（　□全入院期間中　□週　　回程度　□入院期間中数回で良い）　　　　　　　自宅での介護　（　□全介助を必要とする。　　□一部介護　特記（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記のとおり診断します。　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※この診断書は、保育の必要性を確認する資料として使用します。

　※記載内容について事実の確認のため、お問い合わせの連絡をする場合がございます。

　※この診断書に関するお問合せ　　三宅町健康子ども局健康子ども課（電話0745-43-3580）

**在学証明書**

令和　　年　　月　　日

三宅町長　殿

所在地

学校名

代表者名　　　　　　　　 　　　　　　　印

連絡先　（　電話　　　　　　　 　　）

次のとおり本校に在学中であることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日生 |
| 住　所 | 磯城郡三宅町 |
| 入学年月日（予定） | 　　　　年　　　月　　　日（　予定　） |
| 卒業年月日（予定） | 　　　　年　　　月　　　日（　予定　） |
| 在籍学部・学年 | ※在籍学部がない場合、所属や専攻について記入してください。 |
| 授業時間 | 平日　　　　時　　　分　～　　　　　時　　　分（1日　　　時間　　　分）土曜　　　　時　　　分　～　　　　　時　　　分（1日　　　時間　　　分）※授業時間が変則で記入が難しい場合は、カリキュラムの写しを添付してください。 |
| 授業日数 | 　1か月平均　（　　　　　　　日）　授業を受ける曜日を○で囲んでください。（月・火・水・木・金・土・日・祝日） |

※この証明は保育の必要性を確認する資料として使用します。

※記載内容について事実の確認のため、お問い合わせの連絡をする場合がございます。

※ご記入にあたって不明な点等がありましたら、下記担当までお問合せください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　三宅町健康子ども局健康子ども課　（電話　0745-43-3580）