

# 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	<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 勤務（ 年 月 日予定 勤務先 _____ ） <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 通院（通院頻度 週・月 回）
子どもの保育	<input type="checkbox"/> 保育が不可能である。 <input type="checkbox"/> 保育が不可能ではないが大変困難である。 <input type="checkbox"/> 保育が不可能ではないが支障がある。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 種 ( ) 級 ( ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級
障害にかか る状況	<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 通院（通院頻度 週・月 回） <input type="checkbox"/> なし
子どもの保育	<input type="checkbox"/> 保育が不可能である。 <input type="checkbox"/> 保育が不可能ではないが大変困難である。 <input type="checkbox"/> 保育が不可能ではないが支障がある。 <input type="checkbox"/> 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。）	
<input type="checkbox"/> 入院 無 ・ 有（ 年 月 日から 年 月 日）まで 予定	
<input type="checkbox"/> 通院 年 月 日から 年 月 日まで 予定	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 日常生活に問題はない。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 特段の制限はなく、育児を行うことは可能である。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 種 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分 要介護 ( )・要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 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。)	
<input type="checkbox"/> 入院 無 ・ 有 ( 年 月 日から 年 月 日) まで 予定	
<input type="checkbox"/> 通院 年 月 日から 年 月 日まで 予定	
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> 要する 入院期間中の付添 ( <input type="checkbox"/> 全入院期間中 <input type="checkbox"/> 週 回程度 <input type="checkbox"/> 入院期間中数回で良い) 自宅での介護 ( <input type="checkbox"/> 全介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 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)