

記入例(介護・看護)

入所(園)理由証明書

※該当する項目に○印および必要事項を記入してください。

令和7年10月14日

希望施設名	たじりエンゼル	児童氏名	田尻 一郎	(5 歳児)
保護者等氏名	泉州 海江		田尻 二郎	(3 歳児)
児童との関係	父・母・(祖母)			(歳児)

入所(園)理由の状況

保護者の 疾病・障害	傷病名				
	障害	() 1級・2級・3級・ 級			
	症状等保 育ができ ない理由				
	治療期間	通院・入院	週・月 回	年 月 日から約	ヵ月
妊娠・出産	出産(予定)日	年 月 日	産前産後休暇 取得開始日	年 月 日	
介護・看護	介護を受ける人	泉州 空男	児童との続柄:	祖父	
	介護等の場所	田尻町嘉祥寺000-0			
	傷病名等	両下肢機能障害			
	障害等級・要介護度 等	(要介護) 1級・2級 (3級) 級			
	症状等	一人で立って行動できないため、トイレ・食事・着替えの補助や通院の付添が必要 介護・看護状況の詳細は別紙「介護・看護状況申告書」に記載			
求職活動 (※)		添付書類として「介護・看護状況申告書」と介護・看護を受ける方の障害等級や要介護度がわかるものの写しを合わせて提出してください。		日就労予定	
就学 災害復旧 その他	具体的な状況				

証明欄

田尻町長様

上記のとおり相違ありません。

所在地

田尻町嘉祥寺375-1

名称・代表者名

泉州 海江

電話

090-△△△△-〇〇〇〇

担当者名

[]

令和7年10月7日

証明いただいた内容についてお伺いする場合がありますので、担当者の方のお名前は必ず記入してください。

※求職活動を理由として入所(園)された方は、入所(園)後90日以内に就労証明書を提出してください。提出のない場合は退所(園)となります。

記入例(就学)

入所(園)理由証明書

※該当する項目に○印および必要事項を記入してください。

令和7年10月14日

希望施設名	たじりエンゼル	児童氏名	田尻 一郎	(5 歳児)
保護者等氏名	田尻 夏子		田尻 二郎	(3 歳児)
児童との関係	父・母・(姉)			(歳児)

入所(園)理由の状況

保護者の 疾病・障害	傷病名				
	障害	() 1級・2級・3級・ 級			
	症状等保 育ができ ない理由				
	治療期間	通院・入院	週・月 回	年 月 日から約	ヵ月
妊娠・出産	出産(予定)日	年 月 日	産前産後休暇 取得開始日	年 月 日	
介護・看護	介護を受ける人	児童との続柄:			
	介護等の場所				
	傷病名等				
	障害等級・要介護度 等	() 1級・2級・3級・ 級			
	症状等				
求職活動 (※)	併せて在学証明書と時間割がわかるものを 提出してください。			日就労予定	
就学 災害復旧 その他	具体的な状況	就学中(○×大学 文学部 人文科学科 月90時間授業 通学時間往復 80分)			

証明欄

田尻町長

上記のとおり相違ありません。

所在地

田尻町嘉祥寺375-1

名称・代表者名

田尻 夏子

担当者名

電話

080-00xx-00xx

[]

令和7年10月7日

証明いただいた内容についてお伺いする場合がありますので、担当者の方のお名前は必ず記入してください。

※求職活動を理由として入所(園)された方は、入所(園)後90日以内に就労証明書を提出してください。提出のない場合は退所(園)となります。

記入例(疾病・障害)

入所(園)理由証明書

令和7年10月14日

※該当する項目に○印および必要事項を記入してください。

希望施設名	たじりエンゼル	児童氏名	田尻 一郎	(5 歳児)
保護者等氏名	泉州 空男		田尻 二郎	(3 歳児)
児童との関係	父・母・(祖父)			(歳児)

入所(園)理由の状況

保護者の 疾病・障害	傷病名	両変形性膝関節症		
	障害	(両下肢機能障害) 1級・ 2級 ・3級・ 級		
	症状等保育ができない理由	一人で立って行動できず、トイレ・食事・着替えの補助が必要であるため児童の保育ができない。		
	治療期間	通院・入院	週 月 3 回	令和7年9月1日から約12ヵ月
妊娠・出産	出	児童を保育することができない理由を明記してください。	産前産後休暇取得開始日	年 月 日
介護・看護	介護を受ける人	児童との続柄:		
	介護等の場所			
	傷病名等			
	障害等級・要介護度 等	() 1級・2級・3級・ 級		
	症状等	介護・看護状況の詳細は別紙「介護・看護状況申告書」に記載		
求職活動(※)	年 月 日退職 ・ 年 月 日就労予定			
就学 災害復旧 その他	具体的な状況 担当医の証明があれば診断書は不要です。 診断書があれば医師の証明は不要です。 どちらも無い場合は、障害者手帳等の写しを提出してください。			

証明欄

田尻町長様

上記のとおり相違ありません。

所在地

大阪市〇〇区××

名称・代表者名

府立〇×病院 担当医 野口 日出男

担当者名

電話

06-〇〇〇〇-△△△△

〔 北里 〕

令和7年10月7日

証明いただいた内容についてお伺いする場合がありますので、担当者の方のお名前は必ず記入してください。

※求職活動を理由として入所(園)された方は、入所(園)後90日以内に就労証明書を提出してください。提出のない場合は退所(園)となります。

記入例(求職活動)

入所(園)理由証明書

令和7年10月14日

※該当する項目に○印および必要事項を記入してください。

希望施設名	たじりエンゼル	児童氏名	田尻 一郎	(5 歳児)
保護者等氏名	田尻 春子		田尻 二郎	(3 歳児)
児童との関係	父・母・()			(歳児)

入所(園)理由の状況

入所(園)を希望するお子様全員分まとめて1枚のご提出となります。全員分の氏名と年齢をご記入ください。(年齢は令和8年4月1日時点)

保護者の 疾病・障害	傷病名									
	障害	()	1級	2級	3級	級				
	症状等保育ができない理由									
	治療期間	通院・入院	週・月	回	年	月	日から約	ヵ月		
妊娠・出産	出産(予定)日	年	月	日	産前産後休暇 取得開始日	年	月	日		
介護・看護	介護を受ける人	児童との続柄:								
	介護等の場所									
	傷病名等									
	障害等級・要介護度等	()	1級	2級	3級	級				
	症状等	入所(園)から90日以内に就労してください。								
求職活動 (※)	年				月	日退職	・	令和8年	4月	1日就労予定
就学 災害復旧 その他	具体的な状況									

介護・看護等の詳細は別紙「介護・看護状況申告書」に記載

証明欄

保護者様ご自身の住所・氏名・連絡先をご記入ください。

田尻町長様

令和7年10月7日

上記のとおり相違ありません。

所在地

田尻町嘉祥寺375-1

名称・代表者名

田尻 春子

担当者名

電話

090-△△△△-△△△△

{ }

証明いただいた内容についてお伺いする場合がありますので、担当者の方のお名前は必ず記入してください。

※求職活動を理由として入所(園)された方は、入所(園)後90日以内に就労証明書を提出してください。提出のない場合は退所(園)となります。