保護者記入欄

学　校		学　年	新　年生	児　童　名	
学　校		学　年	新　年生	児　童　名	

傷 病 証 明 書

傷　病　者　氏　名		児童との続柄	父・母・その他（　　）
傷　病　名			
保育施設が必要である理由（医師の意見）	□入院　□常時病臥・絶対安静　□安静（子の保育ができない）□療養（子の保育に支障がある） （現在の症状や状況などを具体的にご記入ください。）		
通院・入院の期間	通院週　　回、月　　回	入院　　年　　月　　日～　　年　　月　　日	

摂津市長　様

上記のとおり相違ないことを証明します。

◆押印不要です
◆この証明書の記載内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。

証　明　日　　年　　月　　日
所　在　地
医療機関名
医　師　名
連　絡　先　　―　　―

介 護 ・ 看 護 申 立 書

介護・看護が必要な方		年　齢	歳	児童との続柄	
住　所	□同居　□別居（住所：　　）				
傷　病　名					
添付書類（※）	□（身体・精神)障害者手帳のコピー□介護保険証のコピー　□療育手帳のコピー □診断書（※要医師の証明）　□その他（　　）				
介護・看護の内容（具体的に） （別居の場合は、本人が介護・看護すべき具体的理由）					

摂津市長　様　　年　　月　　日

上記のとおり介護または看護を行っていることを申し立てます。

住　所　　氏　名

児童との続柄　：　父　・　母　・　その他（　　）

※職員が必要であると判断した場合には、添付書類の他にも書類提出をお願いすることがあります。

内 職 証 明 書

従事者氏名			児童との続柄	父・母・その他（　　）	
事業所住所			電　話	－　　－	
職　種			開始年月日	年　　月　　日	
従事時間	1日あたり	時間　　分	従事日数	1月あたり	日
平均収入	円/日		円/月		
収入実績（直近2ヵ月）	月	円	月	円	
従事者記載欄	上記のとおり内職に従事していることを申告します。　　年　　月　　日 内職従事者				
発注者証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。　　年　　月　　日 ◆押印不要です ◆この証明書の記載内容について、発注事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。 所在地 事業所名 代表者名 記入者名　　連絡先電話番号　－　　－				

上記の証明や申立て内容について、摂津市の職員が電話、訪問、文書等により確認させていただく場合があります。

<提出先・お問い合せ先>　摂津市 教育委員会事務局 こども家庭部 こども政策課 06-6383-1980（直通）
〒566-8555　摂津市三島1丁目1番1号 摂津市役所新館6階