

介護・看護証明（申告）書

介護する方	氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日		
	住所	西尾市				
介護される方 ※	氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日	児童との続柄	
病名・病状 介護期間						

※同居の家族に限ります。

下記のうち該当する□にレ点を付けてください。

月120時間以上の病人や障害者の介護等のため時間が必要であり、子どもを保育することができない。

月60時間以上の病人や障害者の介護等のため時間が必要であり、子どもを保育することができない。

上記のとおり証明（申告）します。

年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

医師名 _____

電話番号 _____

保護者記入欄

児童名	生年月日（西暦）	学齢	利用施設名
	年 月 日	歳児	
	年 月 日	歳児	
	年 月 日	歳児	