

介護証明書

認定こども園名	児童名	児童の生年月日

<申請者>

(住所)

(氏名)

印

(申込児童から見た続柄)

介護を必要とする同居親族の氏名	(児童との続柄:)		
介護を必要とする理由	身体障害者手帳	種 級	療育手帳 級
	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 特記事項		

<介護状況 週間スケジュール>

在宅介護	介護日数	1週間あたり 日	(日・月・火・水・木・金・土)	
	介護内容 (詳しく記入)	*「介護全般」等ではなく、具体的に記載してください。		
通院・通所等 (付き添い)	介護日数	1週間あたり 日	(日・月・火・水・木・金・土)	
	通所先 1	名称	所在地	(通所等にあたり申請者が拘束される時間)
		送迎方法	所要時間	
	通所先 2	名称	所在地	(通所等にあたり申請者が拘束される時間)
送迎方法		所要時間		

(あて先) 輪之内町長

上記のとおり申請者が常時介護していることにより児童を保育できないことを証明します。

年 月 日

民生委員

印