

介護(看護)状況証明書

申請者	氏名			
	住所			
介護対象者	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	申請者との関係			
	介護の	必要理由	疾病 ・ 負傷 ・ 老衰 ・ 障害者の看護 その他(
	不要理由	完治 ・ 他の介護者による(
		その他(
<p>介護対象者は上記理由のため、申請者による常時の看護が 必要でした 不要でした ので、</p> <p>離職日において、今までと同じ仕事を継続していくことが できない できる 状態でした。</p> <p>年 月 日時点では、申請者は週20時間以上の就労が 可能 不可能 です。</p> <p>年 月 日～ 年 月 日まで就労ができない状態でした。</p>				
<p>上記内容に間違いのないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">担当医師名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p>尼崎公共職業安定所長 殿</p> <p>※ 証明書を記載した日より未来のことを証明する「見込み証明」は不可です。</p>				
<p>上記の通り相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>				