

介護・看護状況申告書

(宛先) 飯綱町長

令和 年 月 日

保育施設等の利用にあたり、介護・看護にあっている状況について、下記のとおり申告します。

| | | | | | | |
|-----|--|------|--------|---|---|---|
| 児童名 | | 生年月日 | 平 令 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 平 令 | 年 | 月 | 日 |

| | | | |
|---------------|--|------------|--|
| 介護・看護者（保護者）氏名 | | 児童との 続柄 | |
|---------------|--|------------|--|

| | | | | |
|----------------|------|---|------------|--|
| 介護・看護が 必要な方 | 氏名 | | 児童との 続柄 | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年齢 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： ） | | |

| | | |
|---|---|--|
| 介護・看護を必要とする理由 ※ <input checked="" type="checkbox"/> した書類の提出が必要です | <介護> <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 要介護(<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> その他() | <障害> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (____ 級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (____ 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> その他 () |
| | <疾病・疾患> <input type="checkbox"/> 医師の診断書 (病名) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | *同居でない方を介護・看護の場合は、あなたが介護・看護にあたらなければならない理由 | |

| | |
|----------|---|
| 介護・看護の状況 | <input type="checkbox"/> 自宅介護・看護 (日数：1週間あたり ____ 日) <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 通院・通所付添 (日数：1週間あたり ____ 日) 名称 () 所在地 () 所要時間 (時間 分) |

| | |
|--------------|---|
| 介護サービス等の利用有無 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 週・ <input type="checkbox"/> 月 日 時間 : ~ :) <利用サービス内容> { } |

| | |
|----------|---|
| 実介護・看護時間 | 週 時間 分 ※ヘルパー、デイサービス、ショートステイ利用時間などは除きます。 |
|----------|---|

【スケジュール表】 介護・看護の状況について、具体的に記入してください。

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | (例) |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| 7:00 | | | | | | | | 朝食補助 |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 9:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | ↑ 病院通院補助 ↓ |
| 11:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | 昼食補助 |
| 13:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | 入浴補助(サービス利用) |
| 17:00 | | | | | | | | 夕食補助 |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 19:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |

※介護サービスなどの利用がある場合もご記入ください。(例：入浴補助(サービス利用)など)