

介護・看護状況申立書

児童名		生年月日	平・令	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 利用中
児童名		生年月日	平・和	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 利用中
児童名		生年月日	平・和	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 利用中

※施設名は、申込中の場合第1希望の施設名を記入してください。

令和 年 月 日

大竹市長 様

【申立保護者】

住 所	大竹市		
氏 名		児童との続柄	

1. 看護・介護・付添いを受けられる方について

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
		児童との続柄	
住 所			
疾病・障がい名			
障害者手帳の所持	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
要介護・要支援 認 定 の 状 況	<input type="checkbox"/> 要支援_____ <input type="checkbox"/> 要介護_____		
介護・看護・付添い の 状 況 に つ い て	<input type="checkbox"/> 自宅介護・看護 <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"/> 入院 （ 退院予定 年 月 日・ 未定 ）		
	<input type="checkbox"/> 通院 （ 週 ・ 月 ） 回		
	<input type="checkbox"/> その他		

※看護・介護・付添いを受ける方の、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・介護保険被保険者証の写し、診断書等を添付してください。

2. 看護・介護・付添いを行う方について

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
		児童との続柄	
介護・看護・付添い の 状 況 に つ い て	日 数	週_____日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	時 間	1日 時間 分（週 時間 分）	
		① 時 分 ～ 時 分 ② 時 分 ～ 時 分 ③ 時 分 ～ 時 分 ④ 時 分 ～ 時 分	
病院等への付添い	日 数	週_____日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
	時 間	1日 時間 分（主な時間） 時 分 ～ 時 分	
そ の 他			

介護・看護状況申立書

記入例

児童名	大竹 花子	生年月日	平・ <u>令</u>	○年 4 月 1 日	施設名	○○保育園 <input checked="" type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 利用中
児童名		生年月日	平・和	年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 利用中
児童名		生年月日	平・和	年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 利用中

※施設名は、申込中の場合第1希望の施設名を記入してください。

令和 ○年 12月 1日

大竹市長 様

【申立者保護者】

住 所	大竹市○○1-1-1		
氏 名	大竹 太郎	児童との続柄	父

1. 看護・介護・付添いを受けられる方について

氏 名	大竹 次郎	生 年 月 日	昭和30年 3月 1日
		児童との続柄	父方の祖父
住 所	大竹市○○1-1-1		
疾病・障がい名	□□□□		
障害者手帳の所持	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
要介護・要支援認定の状況	<input type="checkbox"/> 要支援_____ <input type="checkbox"/> 要介護_____		
介護・看護・付添いの状況について	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅介護・看護 <input checked="" type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input checked="" type="checkbox"/> 衣服着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	<input type="checkbox"/> 入院 （ 退院予定 _____ 年 _____ 月 _____ 日・未定 ）		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 （ 週 ・ <u>月</u> ） 1回		
	<input type="checkbox"/> その他 _____		

※看護・介護・付添いを受ける方の、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・介護保険証の写し、診断書等を添付してください。

2. 看護・介護・付添いを行う方について

氏 名	大竹 太郎	生 年 月 日	昭和55年 8月 1日
		児童との続柄	父
介護・看護・付添いの状況について	日 数	週 <u>7</u> 日 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日	
	時 間	1日 時間 分（週 71時間30分） ① 7時 分 ~ 8時30分 ② 15時00分 ~ 20時 分 ③ 7時 分 ~ 20時 分 ④ 時 分 ~ 時 分	
	時 間	日 時間 分（主な時間） 時 分 ~ 時 分	
病院等への付添い	日 数	週 _____ 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
	時 間	日 時間 分（主な時間） 時 分 ~ 時 分	
そ の 他			