

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		
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)	<input type="checkbox"/> ① 時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> ② 時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> ③ 時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 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				
その他の						

介護・看護状況申立書

記入例

児童名	大竹 花子	生年月日	平・ <input checked="" type="checkbox"/> 令〇年 4月 1日	施設名	〇〇保育園	<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。

令和〇年 12月 1日

大竹市長様

【申立者保護者】

住 所	大竹市〇〇1-1-1	
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
住 所	児童との続柄 父方の祖父		
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・月) 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_7_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		
病院等への付添い	日 数	週_日 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		
その他の				