介護・看護状況申立書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 生年月日 | 平成・令和　　　年　　月　　日 | 保育所等名 | □新規申込　□利用中 |
| 児童名 |  | 生年月日 | 平成・令和　　　年　　月　　日 | 保育所等名 | □新規申込　□利用中 |
| 児童名 |  | 生年月日 | 平成・令和　　　年　　月　　日 | 保育所等名 | □新規申込　□利用中 |

※　保育所等名は、第１希望の保育所等名を記入してください。

大竹市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申立者】

**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 | □身体障害者手帳　　□療育手帳　　□精神障害者保健福祉手帳 | | |
| 要支援・要介護認定の認定 | □要支援　　　　　　□要介護 | | |
| 介護・看護・付添いの状況について | □自宅介護・看護  　　□家事援助　□食事補助　□衣服着脱　□入浴補助　□排泄補助  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □入院　（　退院予定　　　　年　　月　　日・　未定　） | | |
| □通院　（　週　・　月　）　　　　回 | | |
| □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 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 介護・看護・付添いの状況について | 日数 | 週（　　　　）日　　□月　□火　□水　□木　□金　□土 | | |
| 時間 | 時　 　分　～　 　時　　　分　１日あたり（　　　時間　 　分） | | |
| 病院等への付添い | 日数 | 週（　　　　）日　　□月　□火　□水　□木　□金　□土 | | |
| 時間 | （主な時間）  　　 　時　 　分　～　 　時　　　分　１日あたり（　　　時間　 　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 | 平成・令和3１年　４月　１日 | 保育所等名 | ○○保育園　☑新規申込　□利用中 |
| 児童名 |  | 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 | 保育所等名 | □新規申込　□利用中 |
| 児童名 |  | 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 | 保育所等名 | □新規申込　□利用中 |

※　保育所等名は、第１希望の保育所等名を記入してください。

大竹市長　様

令和　４　年　１２　月　１　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 大竹市○○１－１－１ |
| 氏　名 | 大竹　太郎 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申立者】

**１．看護・介護・付添いを受けられる方について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 大竹　あき | 生年月日 | 昭和３０年　３月　１日 |
| 児童との続柄 | 母方祖母 |
| 住　　所 | 大竹市□□１０－１０－１０ | | |
| 疾病・障がい名 | □□□□ | | |
| 障害者手帳の所持 | ☑身体障害者手帳　　□療育手帳　　□精神障害者保健福祉手帳 | | |
| 要支援・要介護認定の認定 | □　要支援　　　　　□要介護 | | |
| 介護・看護・付添いの状況について | ☑自宅介護・看護  　　☑家事援助　☑食事補助　☑衣服着脱　□入浴補助　□排泄補助  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □入院　（　退院予定　　　　年　　月　　日・　未定　） | | |
| □通院　（　週　・　月　）　　　　回 | | |
| □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５０年　８月　１日 |
| 介護・看護・付添いの状況について | 日数 | 週（　　３　　）日　　☑月　□火　☑水　□木　☑金　□土 | | |
| 時間 | １０時　００分　～　１５時　００分　１日あたり（　５　時間　００分） | | |
| 病院等への付添い | 日数 | 週（　　１　　）日　　□月　☑火　□水　□木　□金　□土 | | |
| 時間 | （主な時間）  　　 ９時　００分　～　１３時　００分　１日あたり（　４　時間　００分） | | |
| その他 |  | | | |