

【この用紙は保護者1人につき1枚使用してください】

介護・看護状況申告書

赤磐市長

年 月 日

以下のとおり、介護・看護状況について申告します。申告の内容と事実が異なる場合は、入所の決定を取り消されても異議ありません。

保護者住所 _____

保護者氏名 _____

| 申込児童氏名（最年長） | 生年月日 | 第一希望施設名 |
|-------------|-------|---------|
| | 年 月 日 | |
| | 年 月 日 | |

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護・看護を要する人 | 住所 氏名 生年月日 年 月 日 保護者との続柄（ ） |
| 疾病・障害名 | |
| 障害者手帳の所持 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級 <input type="checkbox"/> 療育手帳__ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級） <input type="checkbox"/> 申請中（ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級 <input type="checkbox"/> 療育手帳__ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級） |
| 要支援・要介護認定、障害支援区分の認定 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 認定あり（ <input type="checkbox"/> 要支援__ <input type="checkbox"/> 要介護__ <input type="checkbox"/> 障害支援区分__級） |
| 介護保険・障害福祉サービスの利用 | <input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用中（サービスの種類： _____） <input type="checkbox"/> 自宅介護・看護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事援助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱補助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> 入院・通院付添 入院・通院先（ _____ ） 所在地（ _____ ） 退院・通院終了見込 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 年 月 日頃予定） <input type="checkbox"/> 施設通所付添（ <input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路） 通所先施設名（ _____ ） 所在地（ _____ ） 利用交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 施設の送迎 |
| 幼稚園・一時預かり・他の親族等に対応できない理由 | |

【添付書類】

介護保険証、身体障害者手帳、医師の診断書等の写しを添付してください。

介護・看護の状況について記入してください。

| | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | (例) |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| ～8：00 | | | | | | | 朝食介助 |
| 8：00～ | | | | | | | |
| 9：00～ | | | | | | | |
| 10：00～ | | | | | | | |
| 11：00～ | | | | | | | |
| 12：00～ | | | | | | | 昼食介助 |
| 13：00～ | | | | | | | |
| 14：00～ | | | | | | | |
| 15：00～ | | | | | | | |
| 16：00～ | | | | | | | 入浴介助 |
| 17：00～ | | | | | | | 夕食介助 |
| 18：00～ | | | | | | | |
| 19：00～ | | | | | | | |
| 1日の介護時間 | | | | | | | |
| その他特記事項 | | | | | | | |

| | | | |
|-------------------------|---|---|---|
| 民生委員記入欄 | | | |
| 申告内容について事実であることを確認しました。 | | | |
| 確認日 | 年 | 月 | 日 |
| 民生委員氏名 | | | 印 |

※この書類は、保育の支給認定及び利用調整の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。
必要に応じ、関係施設等に問い合わせることがあります。