

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 赤磐市

保護者氏名 _____

申込児童氏名	児童生年月日	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 (年 月 日生) 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・通院通所付添 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・ 他の親族等で対応で きない理由	

【添付書類】介護保険証、身体障がい者手帳、医師の診断書等の写し等を添付してください。

裏面あり

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 ㊟

※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。