

【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<br>氏名<br>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<br><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）<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 利用中（サービスの種類： _____）<br><input type="checkbox"/> 自宅介護・看護<br><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<br><input type="checkbox"/> 入院・通院付添<br>入院・通院先（ _____ ）<br>所在地（ _____ ）<br>退院・通院終了見込 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 年 月 日頃予定）<br><input type="checkbox"/> 施設通所付添（ <input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路）<br>通所先施設名（ _____ ）<br>所在地（ _____ ）<br>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。

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                  |   |   | ⑩ |

※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。