

# 介護・看護状況申告書

必ず申告者本人が記入してください。

浅口市教育委員会 様

申告(記入)日 年 月 日

住所

氏名

電話番号

下記の内容について、相違ないことを申し立てます。

1	介護・看護を必要とする方	氏名(ふりがな)		児童との続柄
2	住所	□申告者と同じ □異なる( )		
3	生年月日	年 月 日	年齢	歳
4	疾病・障がい名			
5	障害者手帳の所持	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (□身体障害者手帳( )級 □療育手帳( ) □精神障害者保健福祉手帳( )級) <input type="checkbox"/> 申請中(□身体障害者手帳( )級 □療育手帳( ) □精神障害者保健福祉手帳( )級)		
6	要支援・要介護認定、障害支援区分の認定	<input type="checkbox"/> 未申請 □申請したが非該当だった <input type="checkbox"/> 申請中 (□要支援 □要介護 □障害支援区分) <input type="checkbox"/> 認定あり (□要介護 級 □要支援 級 □障害支援区分 級)		
7	介護保険・障害福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用していない □利用している(サービスの種類: ) <input type="checkbox"/> 自宅介護・看護 <input type="checkbox"/> 家事援助 □食事補助 □衣服着脱 □入浴補助 □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 □無 □有( 年 月 日頃予定 ) <input type="checkbox"/> 施設通所付添 (□往路 □復路) 通所先施設名 ( ) 所在地 ( ) 利用交通機関 □自家用車 □タクシー □徒歩 □施設の送迎		
8	介護・看護の状況	時間	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝祭日 (計 日)	
		日数	1日当たり約 時間 分、1週当たり約 時間 分	
		内容		

## 【注意事項】

※修正液、修正テープによる訂正、鉛筆及び消えるボールペンによる記入はしないでください。

※日付及び必要事項をすべて記入してください。

## 【添付書類】

●医師の診断書又は介護保険被保険者証、身体障害者手帳等の写しを添えて提出してください。

## 【保護者記入欄】

児童名	生年月日	利用施設名(申請中の場合は第1希望施設)
	年 月 日	保育園・こども園 □利用中 □申込中
	年 月 日	保育園・こども園 □利用中 □申込中
	年 月 日	保育園・こども園 □利用中 □申込中

# 記載要領

## 介護・看護状況申告書

必ず申告者本人が記入してください。

ペンまたはボールペンで記入してください。  
 (※鉛筆や消せるボールペンでの記入は不可)  
 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で  
 抹消・訂正してください。

申告(記入)日 年 月 日  
 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記の内容について、相違ないことを申し立てます。

1	介護・看護を必要とする方	氏名(ふりがな)		児童との続柄
2	住所	<input type="checkbox"/> 申告者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる( )		
3	生年月日	年 月 日	年齢	歳
4	疾病・障がい名			
5	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 )		
6	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"/> 申請したが非該当だった <input type="checkbox"/> 申請中 ( <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 障害支援区分 ) <input type="checkbox"/> 認定あり ( <input type="checkbox"/> 要介護 級 <input type="checkbox"/> 要支援 級 <input type="checkbox"/> 障害支援区分 級 )		
7	介護保険・障害福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している(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"/> 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		
8	介護・看護の状況	時間	<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 <input type="checkbox"/> 祝祭日 (計 日)	
		日数	1日当たり約 時間 分、1週当たり約 時間 分	
		内容		

### 【注意事項】

※修正液、修正テープによる訂正、鉛筆及び消えるボールペンによる訂正は不可  
 ※日付及び必要事項をすべて記入してください。

### 【添付書類】

●医師の診断書又は介護保険被保険者証、身体障害者手帳等の写しを添えて提出してください。

### 【保護者記入欄】

児童名	生年月日	利用施設名(申請中の場合は第1希望施設)
	年 月 日	保育園・こども園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	年 月 日	保育園・こども園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	年 月 日	保育園・こども園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中

### ＜添付書類＞下記の内いずれか1点

- 医師の診断書(写しでも可)
- 介護保険被保険者証の写し
- 身体障害者手帳等の写し