

介護・看護状況申告書

令和 年 月 日

保育の必要性の認定にあたり、同居の親族の介護・看護中であるため、介護・看護が必要な状況の分かる書類を添えて、次のとおり申告いたします。

児 童 氏 名	生 年 月 日	幼児教育・保育施設名、クラブ名	状 況
	H・R 年 月 日		申請中 ・ 入所中
	H・R 年 月 日		申請中 ・ 入所中
	H・R 年 月 日		申請中 ・ 入所中

※ 保育施設を申請中の場合は、第一希望の保育施設名を記入してください。

1.該当者

	フリガナ氏名	児童との続柄	年齢
介護・看護にあたる方			
介護・看護が必要な方 (同居の親族に限る)			

2.介護・看護の状況

(1) 介護・看護の日数

介護・看護にあたる日数 1か月あたり____日 (うち、通院・通所に付き添う日数 1か月あたり____日) 見込み可

(2) 介護・看護を必要とする理由(手帳等の写しを添付) ※1～6までの該当する番号に○をつけてください

1. 診断書 病名()
2. 身体障害者手帳 ____級 3. 療育手帳 A・B・C 4. 精神障害者保健福祉手帳 ____級
5. 介護保険資格者証 要支援区分 1・2 要介護区分 1・2・3・4・5
6. その他 ()

(3) 現在の状況(各項目の該当する所を○印で囲んでください)

形態(複数可) 自宅介護・施設通所付き添い・入院付き添い・通院付き添い・その他()
食事 自立・一部介助・全介助・その他()
入浴・洗顔 自立・一部介助・全介助・その他()
排泄 自立・一部介助・全介助・その他()
歩行 独歩可・つかまればできる・不可・その他()
着脱 自立・一部介助・全介助・その他()
特別な医療・介護・看護 無・有 ()

(4) その他の具体的な介護・看護内容

裏面にも記入欄があります→

3. 現在の通院先・通所先についてお伺いします（ 年 月現在）

	名称	所在地	日数	付き添いの有・無	所要時間	移動手段
(例)	桶川デイサービス	桶川市下日出谷2-1	8日	付き添いの有・無	2時間45分 (往復の通所時間を含む)	車
A			日	付き添いの有・無		
B			日	付き添いの有・無		
C			日	付き添いの有・無		

4. 過去の1か月のスケジュール（ 年 月分）

※ 介護・看護された日に○印をつけてください

※ 通院・通所をされた場合は、上記3で記入された通院・通所先のA・B・Cを枠内に記入してください

曜日()	()	()	()	()	()	()
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	※その他()			

5. 1日の介護・看護スケジュール(できるだけ詳しく記入してください)

7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00
(例)	起床	食事介助		週2回病院付き添い	食事介助			リハビリ(トレーニング)	食事介助	入浴介助		

※ この申告書は、保育の必要性の認定のために使用するものです。

※ 証明書に虚偽等の不正があった場合には、本申告書は無効となり、入所(認定)を取り消す場合があります。

上記のとおり介護・看護していることに相違ありません。

桶 川 市 長

令和

年

月

日

申告者 住所

氏名