

# 介護・看護状況等申告書

【子ども・子育て支援制度用】

海陽町長

記入日：令和 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

保護者名： \_\_\_\_\_

児童氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 年 月 日 ( 歳)

利用 (第1希望) 施設名 \_\_\_\_\_

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

介護・看護する方	氏名：	児童との続柄：	
介護・看護される方	氏名：	児童との続柄：	年齢： 歳
介護・看護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A ・ B		
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2		
	<input type="checkbox"/> その他 (病名等： ) *選択した内容を証明する書類の提出が必要になります。身体障害者手帳等の添付をお願いします。		
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 (サービスの内容： )		
介護・看護の状況について	<input type="checkbox"/> 自宅での介護・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"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 入院・通院の付き添い 入院・通院先 ( ) 所在地 ( )		
	<input type="checkbox"/> 施設通所の付き添い 通所先施設名 ( ) 所在地 ( )		
介護・看護に要する時間	1週間あたり 日 (合計 時間程度)		
その他具体的な介護・看護内容			