

児童氏名		年 月 日生	児童氏名		年 月 日生
児童氏名		年 月 日生	児童氏名		年 月 日生

介護・看護状況申告書

※介護・看護を受ける方については、介護認定証、障害者手帳のコピーもしくは医師の診断書等(コピー可)をご提出ください。
※続柄は、児童からみた間柄で記載してください。

介護・看護者氏名	(電話) —							
住 所								
介護・看護を受ける方	年齢 () 歳							
介護・看護を受ける方の住所								
介護・看護者の続柄(該当の番号に○)	①父 ②母 ③父方祖父 ④父方祖母 ⑤母方祖父 ⑥母方祖母 ⑦その他(
父及び母が介護・看護できない理由(上欄の該当が③～⑥の場合記入)	父 : 母 :							
介護・看護状況	入院・通院(通所) (月・週 日程度) ・在宅 (同居している・別居している)							
病 名								
症 状 (保育が困難な理由もあわせて記入してください)	身体障害者手帳 級 ・精神障害者保健福祉手帳 級 ・療育手帳 A・B1・B2 要介護認定 : 要介護() ・要支援 介護サービス利用 : 無 ・有 サービス利用時間帯 時 分～ 時 分(週 日・月 日)							
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他()							
介護・看護している時間	1日あたりの合計時間			介護・看護している日数		1ヶ月あたりの合計日数		
	時間			日		日		
※ 具体的な介護・看護の状況について記入してください(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)								
介護・看護開始日	年 月 日							
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	(記入例)
～ 8:00								朝食介助
8:00 ～								
9:00 ～								
10:00 ～								} 病院通院介助
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 ～								
上記のとおり、介護・看護者(自身)の状況について申告します。								
年 月 日		住 所						
みなべ町長 あて		氏 名 (署名)						
		電 話						