

児童氏名		生年月日	年 月 日	施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申請中
児童氏名		生年月日	年 月 日	施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申請中
児童氏名		生年月日	年 月 日	施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申請中

※ 申請中の場合は、第1希望の施設を記入してください。

## 介護・看護状況申告書

北杜市長 様

**記入にあたり**

- 鉛筆や消せるボールペンでの記入は無効です。
- 記載内容を修正する場合は、訂正印を押印してください。修正テープ等の使用はしないでください。
- 該当する欄全てに記入がないものは無効です。
- 内容の確認として、照会させていただくことがあります。

記入日 令和 年 月 日

申告者住所

申告者氏名

児童との続柄

電話番号

介護・看護に当たっている状況について、次のとおり申告します。

介護・看護が必要な方	氏名		児童との続柄	
	住所			
介護・看護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 病気・障害 ( ) <input type="checkbox"/> 介護認定 要介護 ( ) ・ 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
介護・看護の具体的内容	いつから ( 自宅療養・入院入所※・通院通所※ ) 年 月 日から ※ 病院・施設 ( 名称 ) ( 所在地 ) 介護日数・時間、通院通所日数、介助状況 ( 食事、入浴、排泄、特別な医療等 ) 等を具体的に記入してください。			
添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 介護保険証の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )			

(注意) 家族に疾病や障害の方がいても、常時介護・看護が必要でない場合は、認定の要件を満たしているとはみなされません。

**1日の介護・看護の状況** (介護・看護をしている日の平均的な状況を具体的に記入してください。)

7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時

13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時

**1週間の介護・看護の状況** (曜日によって状況が異なる場合は記入してください。)

月	火	水	木	金	土
午前					
午後					
日					
午前					
午後					