

介護・看護 状況申告書

施設名	<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 在園
児童名	
生年月日	年 月 日

次のとおり、相違ないことを申告します。

申告者氏名

⑨

被介護・看護者氏名		児童から					
主な介護者		みた続柄					
住所							
病名・症状							
介護・看護を必要とする理由	要介護（支援）度 _____ 身体障害者手帳 _____ 級						
	精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 療育手帳 _____						
	【理由】						
医療機関・介護サービスの利用状況	入院（ _____ 年 _____ 月 ~ ）	利用している介護サービス					
	通院（ _____ 回 / 月・週 ）	（ _____ ）					
	医療機関名 _____	利用事業所名 _____					
介護・看護の状況 該当に○を してください。		歩 行	排 泄	食 事	入 浴	衣服着脱	その他
	自 立						
	一部介助						
	全 介 助						
1 週間の介護・看護の状況							
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	
7 時							
8 時							
9 時							
10 時							
11 時							
12 時							
13 時							
14 時							
15 時							
16 時							
17 時							
18 時							
19 時							

※診断書又は障害者手帳（写し）を添付してください。

- 本申告書は保育の必要性の確認以外の目的で使用することはありません。
- 記入漏れ等があると受付できない場合があります。
- 内容について不明な点は、問い合わせをすることがあります。
- 事実と異なる記載がある場合は、利用決定を取り消すことがあります。