

児童氏名\_\_\_\_\_生年月日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

☐ 在所中

在所保育施設名\_\_\_\_\_

☐ 申請中

( )年( )月入所希望で申請

※在所中か申請中のいずれかに  
☑をつけてください。

介護・看護状況申告書

令和 年 月 日

(宛先) 滑川町長

【介護・看護を行っている方】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

支給認定の申請に当たり、保護者が介護・看護を行っている状況について次のとおり申告します。

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                    |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|
| 介護・看護が必要な方の<br>氏 名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 続柄        | (介護・看護を行っている方からみて) |
| 介護・看護が必要な方の<br>住 所   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                    |
| 介護・看護を必要とする<br>理 由   | <div><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（等級： ）</div> <div><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（等級： ）</div> <div><input type="checkbox"/> 療育手帳（等級： ）</div> <div><input type="checkbox"/> 要介護（度数： ）</div> <div><input type="checkbox"/> 要支援（度数： ）</div> <div><input type="checkbox"/> その他（病名 ）</div> |           |                    |
| 介護の状況<br>(○をつけてください) | <div>食事<div>・一人でできる</div><div>・一部介助</div><div>・全介助</div></div> <div>入浴、洗顔など<div>・一人でできる</div><div>・一部介助</div><div>・全介助</div></div> <div>排泄<div>・一人でできる</div><div>・一部介助</div><div>・全介助</div></div> <div>特別な医療・介護等<div>・なし</div><div>・あり（ ）</div></div>                                           |           |                    |
| 介護時間数                | 介護（通院・通所の付き添いを含む。）<br>を行っている時間数                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1週間当たり 時間 |                    |
| その他の具体的な<br>介護内容     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                    |

- 注意事項
- 1

申告の内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
- 2

介護・看護を必要とする理由については、該当するものの症状が確認できる書類（各種手帳の写しや診断書など）を添付してください。