

施設記入欄

継続 ・ 新規	番号
---------	----

保護者記入欄

保育所(園)・認定こども園	児童氏名	(平成 年 月 日生)
	申請者の児童との関係	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他( )

※申込中の場合は第1希望の施設名をご記入ください。

※児童が2人以上いる場合は、人数分ご用意ください。(医療機関等の証明後のものをコピー可)

## 介護・看護状況申告書

介護・看護者記入欄 (介護・看護を受ける方について、専門機関を利用している場合は、下部の医療機関等の記載が必要です。)

氏名 (介護をする方)	住所
介護・看護を受ける方	年齢( )歳
続柄	児童の(父 ・ 母 ・ 父方祖父 ・ 父方祖母 ・ 母方祖父 ・ 母方祖母 ・ )
介護・看護を受ける方の住所	
病名	
症状等 (介護・看護が必要な理由もあわせて記入してください。)	身体障害手帳 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
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
その他具体的な介護・看護内容	
介護・看護に要する時間	1週間あたり( )時間 ( )分

※ 介護・看護の状況について記入してください

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
～ 8:00							朝食介助
8:00 ～							
9:00 ～							
10:00 ～							
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 ～							

※医療機関等記入欄

氏名	
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他( )
	入院 (期間など: )
病名	
症状	
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
平成 年 月 日	医療機関名
	住 所
	医 師 名 印

注)この書類は、保育の支給認定及び利用調整の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、医療機関に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載があった場合は、施設利用の取消や、保護者に保育に要した費用の返還を求められることがあります。