

施設記入欄

継続 ・ 新規	番号	
---------	----	--

保護者記入欄

施設名	児童氏名	(平・令 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 ・ その他)
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・看護が必要な理由
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 、 1箇月あたり()時間 ()分

※1週間の介護・看護の状況を、下表に記入してください

時間帯/曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(記入例)
～ 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
令和 年 月 日	医療機関名
	住 所
	医 師 名

注)この書類は、施設等利用給付認定、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、認定及び認可保育施設の利用の取消し、給付済の利用費や保育に要した費用の返還を求めることがあります。