

介護・看護申告書

令和 年 月 日

(宛先) 安曇野市長

住所 _____
 介(看)護を行う人 _____
 氏名 _____ ㊞

保育施設等利用にあたり、介護・看護状況について下記のとおり申告します。 (記名押印に代えて署名することができます。)

介(看)護を受ける人			生年月日	年 月 日生
疾病名・障がい名			児童との続柄	父・母・祖父母・その他 ()
障がいの等級・要介護度等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 級 <input type="checkbox"/> 介護保険・介護認定 要介護【 】 要支援【 】 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(該当番号に 具体的内容 に ✓)	・食事	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・入浴	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・排泄	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・屋内外の移動	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・その他	※介(看)護しなければならない理由や上記以外に具体的内容がある場合		
介護・看護の 日数・時間	介護・看護を行っている日数		1週間あたり	日
	通院・通所に付き添う日数		1週間あたり	日
	1日のうち介護・看護を行っている時間		平均	時間
	1週間のうち介護・看護を行っている時間		平均	時間
	1月のうち介護・看護を行っている時間		平均	時間
病院または施設名				
添付書類【必須書類】	介(看)護を受ける人の身体障害者手帳、療育手帳の写し 又は医師による診断書(様式④)			

1日及び1週間の介護・看護の状況(具体的にご記入ください)

時間	月	火	水	木	金	土	日
7:00以前							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
22:00以降							
介護・看護に係る 時間の合計	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間

保護者記入欄

児童名	生年月日	平成 令和	年	月	日	認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)
児童名	生年月日	平成 令和	年	月	日	認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)
児童名	生年月日	平成 令和	年	月	日	認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)

※複数児童がいる場合、下の子はコピーで可

介護・看護申告書

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 安曇野市長

住所 安曇野市豊科6000

介(看)護を行う人

氏名 安曇野 花子



保育施設等利用にあたり、介護・看護状況について下記のとおり申告します。

(記名押印に代えて署名することができます。)

介(看)護を受ける人	安曇野 大介		生年月日	昭和 28年 7月 20日生
疾病名・障がい名	認知症		児童との続柄	父・母・ 祖父母 ・その他()
障がいの等級・要介護度等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 級 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険・介護認定 要介護【 2 】 要支援【 】 <input type="checkbox"/> その他()			
(該当番号に✓) 具体的内容	・食事	<input type="checkbox"/> 一人できる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・衣服の着脱	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	・排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	・屋内外の移動	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・その他	※介(看)護しなければならない理由や上記以外に具体的内容がある場合 食事や入浴、トイレなど日常生活の介助や補助と通院先への付き添い 認知症のため、一人にすると外へ出てしまう可能性があるため、常に一緒にいる必要がある。		
介護・看護の 日数・時間	介護・看護を行っている日数	1週間あたり	6	日
	通院・通所に付き添う日数	1週間あたり	2	日
	1日のうち介護・看護を行っている時間	平均	6	時間
	1週間のうち介護・看護を行っている時間	平均	40	時間
	1月のうち介護・看護を行っている時間	平均	160	時間
病院または施設名	(通院) 安曇野赤十字病院			
添付書類【必須書類】	介(看)護を受ける人の身体障害者手帳、療育手帳の写し 又は医師による診断書(様式④)			

1日及び1週間の介護・看護の状況(具体的に記入ください)

時間	月	火	水	木	金	土	日
7:00以前							
7:00	起床・着替え補助	起床・着替え補助	起床・着替え補助	起床・着替え補助	起床・着替え補助	起床・着替え補助	同居の家族が
8:00	食事介護	食事介護	食事介護	食事介護	食事介護	食事介護	休みのため
9:00	↑	↑	↑	↑	↑	↑	介護なし
10:00	通院等付き添い		近所の散歩に帯同	通院等付き添い		近所の散歩に帯同	
11:00	↓	デイサービス	近所の散歩に帯同	↓	デイサービス	近所の散歩に帯同	
12:00	食事介助	利用	食事介助	食事介助	利用	食事介助	
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00	入浴介助			入浴介助			
18:00	食事介助	食事介助	食事介助	食事介助	食事介助	食事介助	
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
22:00以降	就寝補助	就寝補助	就寝補助	就寝補助	就寝補助	就寝補助	
介護・看護に係る時間の合計	9 時間	4 時間	7 時間	9 時間	4 時間	7 時間	時間

デイサービスや、訪問介護などを利用している場合は、その利用状況も記入してください。

保護者記入欄								
児童名		生年月日	平成 令和	年	月	日	認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)
児童名		生年月日	平成 令和	年	月	日	認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)
児童名		生年月日	平成 令和	年	月	日	認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)

※複数児童がいる場合、下の子はコピーで可