

## 介護・看護状況申告書

古河市長 宛て

次のとおりの状況で介護・看護に当たっており、家庭での保育が困難なため、保育施設又は施設等利用給付の利用を希望します。

住所	〒 -
保護者氏名	
子ども氏名	
生年月日	年 月 日
施設名	

### 1. 介護(看護)者・被介護(看護)者

	氏名	児童との続柄	住所
介護・看護に当たる方			
介護・看護が必要な方			

### 2. 介護・看護の状況

介護を必要とする理由 (該当するものにチェックし、必要事項を記入)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳( ) <input type="checkbox"/> 介護認定(要介護( ) 要支援( )) <input type="checkbox"/> その他(病名 )		
介護・看護の状況	食事	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴・洗顔等	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	炊事・洗濯・買い物等	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特別な医療・介護・看護等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
介護・看護日数 ※「介護・看護に当たる方」が実際に行っている日数を記入	介護・看護に当たっている日数	1週あたり( )日	1日あたり( )時間
	通院・通所に付き添う日数	1週あたり( )日	1日あたり( )時間
具体的な介護内容 ※「介護・看護に当たる方」が実際に行っている内容を記入			
添付書類(複数可)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳写し <input type="checkbox"/> 療育手帳写し <input type="checkbox"/> 介護保険証写し <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 入院計画書等の写し <input type="checkbox"/> ケアプランの写し <input type="checkbox"/> その他( )		



## 介護・看護状況申告書

古河市長 宛

次のとおりの状況で介護・看護に当たっており、家庭での保育が困難なため、保育施設又は施設等利用給付の利用を希望します。

住所	〒 306 -0291 古河市下大野 2248
保護者氏名	古河 一郎
子ども氏名	古河 太郎
生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
施設名	●●保育園

### 1. 介護(看護)者・被介護(看護)者

	氏名	児童との続柄	住所
介護・看護に当たる方	古河 ●●	祖母	児童と同じ
介護・看護が必要な方	古河 ●●	曾祖母	児童と同じ

### 2. 介護・看護の状況

介護を必要とする理由 (該当するものにチェックし、必要事項を記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 1 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳( ) <input type="checkbox"/> 介護認定(要介護( ) 要支援( )) <input type="checkbox"/> その他(病名 )		
介護・看護の状況	食事	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴・洗顔等	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	炊事・洗濯・買い物等	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	特別な医療・介護・看護等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
介護・看護日数 ※「介護・看護に当たる方」が実際行っている日数を記入	介護・看護に当たっている日数	1週あたり( 7 )日	1日あたり( 6 )時間
	通院・通所に付き添う日数	1週あたり( 1 )日	1日あたり( 1.5 )時間
具体的な介護内容 ※「介護・看護に当たる方」が実際行っている内容を記入	外出・投薬(車椅子にて生活)		
添付書類(複数可)	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳写し <input type="checkbox"/> 介護保険証写し <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 入院計画書等の写し <input type="checkbox"/> ケアプランの写し <input type="checkbox"/> その他( )		