

介護・看護状況申告書
 (教育・保育給付認定、施設等利用給付認定用)

年 月 日

(宛先) 名護市長

保護者 住所

氏名



(自署又は記名押印)

教育・保育給付認定又は施設等利用給付認定の申請に当たり、申請に係る児童の保育ができない状況について、次のとおり申告します。

介護・看護を必要とする者	氏 名		児童との続柄	
	住 所			
	介護・看護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 障害者手帳： 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳：() <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳： 級 <input type="checkbox"/> 介護保険証・介護認定 要介護 () 要支援 () <input type="checkbox"/> その他 (疾病等名：)		
		※同居でない親族を介護する場合、あなたが介護にあたるべき理由をお書きください。		
介護・看護の状況	・食事 <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・入浴・洗顔等 <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・排泄 <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・特別な医療・介護等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
介護・看護日数・時間	※介護・看護 (通院・通所の付き添いを含む) 1週間当たり平均日数： 日間 1日当たり平均時間数： 時間 月平均時間： 時間			
具体的な介護・看護内容				
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 介護保険証・介護認定証の写し <input type="checkbox"/> その他 (次の該当するものにチェック) <input type="checkbox"/> 入院計画書 <input type="checkbox"/> その他 ()			

児童氏名(ふりがな)	児童生年月日	希望・在園する施設等名
()	年 月 日	
()	年 月 日	
()	年 月 日	

介護・看護状況申告書（ウラ面）
（教育・保育給付認定、施設等利用給付認定用）

【付添いが必要な通院（通所）先】

A	名称		所在地	
	日数	週 ・ 月当たり： 日 固定曜日（ ）	所要時間	時間 分
B	名称		所在地	
	日数	週 ・ 月当たり： 日 固定曜日（ ）	所要時間	時間 分
C	名称		所在地	
	日数	週 ・ 月当たり： 日 固定曜日（ ）	所要時間	時間 分
D	名称		所在地	
	日数	週 ・ 月当たり： 日 固定曜日（ ）	所要時間	時間 分
E	名称		所在地	
	日数	週 ・ 月当たり： 日 固定曜日（ ）	所要時間	時間 分

【1日の介護・看護スケジュール】

～8時	8時～	9時～	10時～	11時～	12時～	13時～
14時～	15時～	16時～	17時～	18時～	19時～	20時～

【1か月の介護・看護スケジュール】※「通院・通所」付添いの日は、上記A～Eを記入

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

<備考>

- 1 上記状況の確認のため、実態調査をする場合もあります。
- 2 虚偽の内容が含まれている場合は、認定を取り消すことがあります。