

(R2.11)【保育所等入所申込用】

## 介 護 ・ 看 護 状 況 申 告 書

年 月 日

大山崎町長 あて

支給認定を受けるにあたり、介護・看護の状況について、以下のとおり申告します。  
なお、介護・看護の状況について必要な事項の調査をされることに同意します。

|           |   |
|-----------|---|
| 児 童 氏 名   |   |
| 保 護 者 氏 名 | 印 |

### 1. 対象となる方

| 氏 名                    | 子どもとの続柄       | 住 所                        |
|------------------------|---------------|----------------------------|
| 介 護 ・ 看 護<br>を す る 方   | 父・母<br>その他( ) | 大山崎町字 大山崎・円明寺・下植野<br>小字 番地 |
| 介 護 ・ 看 護<br>が 必 要 な 方 |               |                            |

### 2. 介護・看護の状況（該当する項目にチェックを入れ、必要事項を記入してください）

|   |   |  |
|---|---|--|
| 介 護 ・ 看 護 を 必 要 と す る 理 由               | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳など  | 種別 ( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 )<br>等級 ( ) |
|   | <input type="checkbox"/> 介護保険認定   | 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) 要支援 ( 1・2 )  |
|   | <input type="checkbox"/> その他  | 傷病名 ( )  |
| 必 要 な 介 護 ・ 看 護                         | <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| 介 護 ・ 看 護 の 日 数                         | 1 週間あたり _____ 日間程度、 1 回あたり _____ 時間程度   |  |
| 具 体 的 な<br>介 護 ・ 看 護 の 内 容<br>※必ず記入ください |   |  |

スケジュール表（指定様式）・介護・看護を必要とすることを証明する書類（障害者手帳・診断書など）を必ず添付してください。