

介護・看護申告書

令和 年 月 日

(宛先) 大町市長

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( )			
(該当にレ) 具体的内容	・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㊤)			

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						

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)

# 介護・看護申告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 大町市長

住所

大町市大町3887

介(看)護を行う人

氏名 大町 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	大町 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・ <u>祖父母</u> ・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✓) 具体的な内容	・食事	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<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な内容がある場合 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) 大町総合病院			
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(具体的にご記入ください)

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	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
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