（宛先）大町市長

**介護・看護申告書**

住所

介（看）護を行う人

令和 年 月 日

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 | | □身体障害者手帳 級 □精神障害者保健福祉手帳 級 □療育手帳 級  □介護保険・介護認定 要介護【 】 要支援【 】  □その他（ ） | | | | | | | | |
| 具体的内容  （該当にレ） | ・食事 | | □ | 一人でできる | □ | 一部介助 | |  | □ | 全介助 |
| ・衣服の着脱 | | □ | 一人でできる | □ | 一部介助 | |  | □ | 全介助 |
| ・入浴 | | □ | 一人でできる | □ | 一部介助 | |  | □ | 全介助 |
| ・排泄 | | □ | 一人でできる | □ | 一部介助 | |  | □ | 全介助 |
| ・屋内外の移動 | | □ | 一人でできる | □ | 一部介助 | |  | □ | 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 | | □利用中 □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 | | □利用中 □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 | | □利用中 □申込中(第１希望) | |

（宛先）大町市長

**介護・看護申告書**

住所

大町市大町3887

令和 **○○**年 **○○**月 **○○**日



介（看）護を行う人

氏名

大町 花子

印㊞

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。）

一人でできる

一人でできる

一人でできる一人でできる

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

□精神障害者保健福祉手帳

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

□身体障害者手帳

**☑**介護保険・介護認定

□その他（

級

要介護【 ２ 】 要支援【

級

】

）

□療育手帳

級

・食事

□ 一人でできる

**☑**

（

該具

当体

号 に内

✔ 容

）

・衣服の着脱

・入浴

・排泄

・屋内外の移動

□

**☑**

一部介助

一部介助一部介助一部介助

一部介助

□

□

□

**介護の具体的な内**

**容を記入してください。**

□

**☑**

番的

□

□

**☑**

□ **☑** □

全介助

全介助全介助全介助

全介助

※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

・その他 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

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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| （通院）大町総合病院 |  |  |  |

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 | |  | 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 | |  |  | |  | | | |  | | |  | | **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。** | | | |  |
| 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 | |
| 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 | | | □利用中 □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 | | | □利用中 □申込中(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 | | | □利用中 □申込中(第１希望) | | |