

介護・看護状況申告書

年 月 日

(宛先) 戸田市長

保育所の申込みにあたり、親族の介護・看護中であるため、「介護・看護が必要な状況のわかる書類(3. 添付書類)」を添えて次のとおり申告します。

記

フリガナ
申込児童名 生年月日 年 月 日

フリガナ
申込児童名 生年月日 年 月 日

保護者氏名 住所 戸田市

1. 介護(看護)者・被介護(看護)者

	(フリガナ) 氏名	児童との 続柄	住 所	年齢(歳)
介護・看護にあたる方				
介護・看護が必要な方				

2. 介護・看護の状況

介護・看護を必要とする理由 (手帳等の写しを添付)	身体障害者手帳	種	級
	療育手帳		
	精神障害者保健福祉手帳		級
	介護保険手帳・介護認定	要介護度	・ 要支援
	その他の介護・看護	(病名)	
現在の状況 (各項目の該当する所を ○印で囲んでください)	形態	自宅介護 ・ 施設通所付き添い ・ 入院付き添い ・ 通院付き添い ・ その他()	
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()	
	入浴・洗顔等	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()	
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()	
	歩行	独歩可 ・ つかまればできる ・ 不可 ・ その他()	
	着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()	
	特別な医療・介護・看護	無 ・ 有 (病名)	
介護・看護の日数	介護・看護にあたっている日数	一ヶ月あたり	日 (今後一ヶ月あたり 日(見込み))
	通院・通所に付き添う日数	一ヶ月あたり	日 (今後一ヶ月あたり 日(見込み))
その他の具体的な 介護・看護内容			

3. 添付書類 (○印をつけてください・複数可)

1. 診断書 2. 身体障害者手帳 3. 療育手帳 4. 精神障害者保健福祉手帳 5. 介護保険証 6. 介護認定証 7. ケアプラン
 8. その他()

4. 現在の通院先・通所先 (年 月現在)

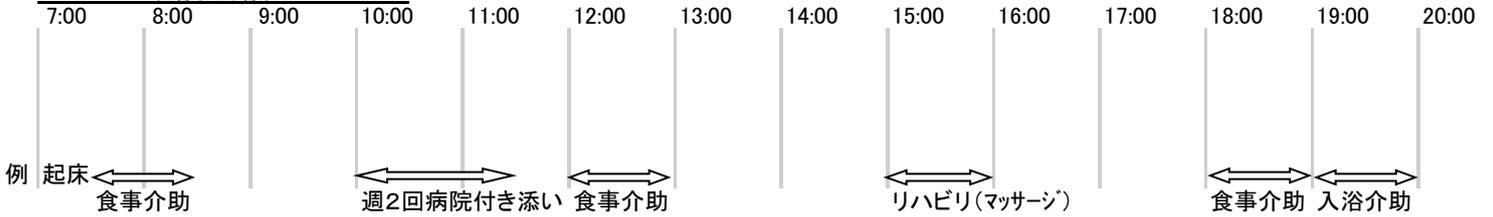
	名称	所在地	日数 (1ヶ月あたり)	※通所中の付き添いの有無	※所要時間	主な移動手段(車・自転車・徒歩等)
例	上戸田1丁目病院	戸田市上戸田1-18-1	2日	(有)・無	1時間 30分 (通所時間 1時間 00分を含む)	車
A			日	有・無	時間 分 (通所時間 分を含む)	
B			日	有・無	時間 分 (通所時間 分を含む)	
C			日	有・無	時間 分 (通所時間 分を含む)	
D			日	有・無	時間 分 (通所時間 分を含む)	

※通所中の付き添いの有無は、デイサービス等の施設を利用中等で付き添いの必要が無い場合は、「無」に○

※ " 病院等の診察等で付き添いが必要な場合は、「有」に○

※所要時間は、病院等を往復する時間だけでなく、利用中の付き添っている時間を含む。ただし、付き添わない場合は往復の所要時間のみを記入

5. 1日の看護・介護スケジュール



※その他()

6. 過去1ヶ月の通院(通所)・介護スケジュール (年 月分)

※介護・看護をされた日付に○印をしてください。

※通院(通所)をされた場合は、4. 現在の通院先・通所先欄のA~Dを記入してください。

曜日()	()	()	()	()	()	()
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	※その他()			