

ふりがな 児童(乳幼児)氏名 生年月日 年 月 日 施設名()に ☐ 申込(第1希望) ☐ 内定・ ☐ 入所中	ふりがな 児童(乳幼児)氏名 生年月日 年 月 日 施設名()に ☐ 申込(第1希望) ☐ 内定・ ☐ 入所中
---	---

※申込中の場合は、第1希望の保育施設を記入してください。
※対象児童が2人以上いる場合は、人数分の申告書を用意してください(原本1部+残りをコピーで構いません)

介護・看護状況申告書

越谷市長 宛

申告日 令和 年 月 日

申告者住所

介護・看護に当たっている状況について、
次のとおり申告します。

1 介護(看護)者・被介護(看護)者

申告者氏名

※自署してください

	氏 名	児童との 続 柄	住 所
介護・看護に当たる方			
介護・看護が必要な方			電話番号 ()

2 介護・看護の状況

介護を必要とする理由 (該当するものに チェックし、 必要事項を記入)	☐ 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) ☐ 介護認定 要介護 ()・要支援 () ☐ その他(病名)		
介護・看護の状況 (該当するものに チェックする)	食事	☐ 1人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	入浴・洗顔等	☐ 1人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排泄	☐ 1人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	炊事・洗濯・買い物等	☐ 1人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	特別な医療・介護・看護等	☐ 無 ☐ 有 ()	
介護・看護日数 ※「介護・看護に当たる方」が 実際行っている日数を記入	介護・看護に当たっている日数	1週当たり () 日	
	通院・通所に付き添う日数	1週当たり () 日	
具体的な介護内容 ※「介護・看護に当たる方」が 実際行っている内容を記入			
添付書類(複数可) (該当するものに チェックする)	いずれ か必須	☐ 身体障害者手帳写し ☐ 療育手帳写し ☐ 精神障害者保健福祉手帳写し ☐ 介護保険証写し ☐ 診断書	
	あれば加 えて提出	☐ 入院計画書等の写し ☐ ケアプランの写し ☐ その他()	

(※裏面あり)

3 通院先・通所先（令和 年 月現在）

	名 称	所在地	日 数	所要時間
A			1 か月 () 日	時間 分 (通所時間 分を含む)
B			1 か月 () 日	時間 分 (通所時間 分を含む)
C			1 か月 () 日	時間 分 (通所時間 分を含む)
D			1 か月 () 日	時間 分 (通所時間 分を含む)
E			1 か月 () 日	時間 分 (通所時間 分を含む)

4 1か月の通院（通所）スケジュール（令和 年 月分）

「介護・看護に当たる方」が実際に介護・看護をした日付に○を付けてください。○がない日は介護・看護をしていないとみなします。介護・看護をしなかった日はどのように対処されたか記入してください。

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	(例) ① C ② A・B 3 B (ヘルパー利用)			

※申請書の提出前の前月の状況を記入してください。

※（例）を参考に、「通院先・通所先」欄のA～Eを記入してください。

「通院先・通所先」欄
のCの施設に通所し
たことを意味します

5 1日の介護・看護のスケジュール（※「介護・看護に当たる方」が行う内容を記入）

(例)

食事介助

週2回
病院付き添い

食事介助

リハビリ
(マッサージ)

入浴介助

(排泄介助が日に平均6回)
(体位変換を2時間に1回)

※目によって異なる場合は、2段書きにするなど、分かるように記入してください。

※申告内容について、通院先、通所先又は介護・看護が必要な方に確認することがあります。