

児童(乳幼児)氏名 生年月日 平成・令和 年 月 日 施設名( )に <input type="checkbox"/> 申込(第1希望) <input type="checkbox"/> 内定・ <input type="checkbox"/> 入所中	児童(乳幼児)氏名 生年月日 平成・令和 年 月 日 施設名( )に <input type="checkbox"/> 申込(第1希望) <input type="checkbox"/> 内定・ <input type="checkbox"/> 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

申告日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

越谷市長 宛

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。

申告者住所 \_\_\_\_\_

申告者氏名 \_\_\_\_\_

### 1 介護(看護)者・被介護(看護)者

※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)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 介護認定 要介護 ( )・要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴・洗顔等	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	炊事・洗濯・買い物等	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特別な医療・介護・看護等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳写し <input type="checkbox"/> 療育手帳写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳写し <input type="checkbox"/> 介護保険証写し <input type="checkbox"/> 診断書	
	あれば加えて提出	<input type="checkbox"/> 入院計画書等の写し <input type="checkbox"/> ケアプランの写し <input type="checkbox"/> 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）

	6:00	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
(例)		←→ 食事介助			←→ 過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)											

※日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。