

介護・看護状況申告書

| | | |
|------------|-----------|--------------------|
| 児童名： _____ | 施設名 _____ | 生年月日： _____ 年 月 日生 |
| 児童名： _____ | 施設名 _____ | 生年月日： _____ 年 月 日生 |
| 児童名： _____ | 施設名 _____ | 生年月日： _____ 年 月 日生 |

草加市長 あて

次のとおり同居又は長期入院等している親族の介護(看護)をしているため、児童の保育が必要である旨申立てます。

1. 介護(看護)者・被介護(看護)者

| | 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 | | | |
| | | | |

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 | 程度 () |
| | 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: 1 2 3 4 5 要支援: 1 2 |
| | その他の介護・看護 | (病名) |
| 介護・看護の状況 | 食事 | 一人でできる ・ 一部介助 ・ 全介助 |
| | 入浴・洗顔等 | 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 |
| | 特別な医療・介護・看護等 | 無 ・ 有() |
| 介護・看護日数 | 介護・看護に当たっている日数 | 1か月あたり 日 |
| | 通院・通所に付き添う日数 | 1か月あたり 日 |
| その他の具体的な 介護・看護内容 | | |

裏面もご記入ください

3. 通院先・通所先(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(年 月)

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 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) |
|-----|-------|-----------------|

- ※ 申告書提出日の前月の状況を記入してください。
- ※ 通院先・通所先欄の A～E を記入してください。
- ※ 介護・看護をした日付に丸を付けてください。
- ※ 介護・看護をしなかった日は、どのように対処をされたか記入してください。

5. 1日の介護・看護スケジュール

| 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) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ←→ 起床 洗面等 | | ←→ 食事介助 | | ←→ 医師診察等 | | | ←→ 食事介助 | | ←→ 入浴介助 | | ←→ 食事介助 | | ←→ 就寝中の体位変換 | | |
| (排泄介助が日に平均6回) (体位変換を2時間に1回) | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日 申告者(介護・看護にあたる方) _____ 印

※署名したときは押印を省略することができます。