

# 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<br>(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 ( )               |
|                              | 介護認定被保険者証      | 要介護: 1 2 3 4 5      |
|                              | 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<br>介護・看護内容          |                |                     |

裏面も必ずご記入ください。

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<br>(通所 時間 分を含む) |
| B |    |     | 1か月 日 | 時間 分<br>(通所 時間 分を含む) |
| C |    |     | 1か月 日 | 時間 分<br>(通所 時間 分を含む) |
| D |    |     | 1か月 日 | 時間 分<br>(通所 時間 分を含む) |
| E |    |     | 1か月 日 | 時間 分<br>(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<br>(ヘルパー利用) |    |  |

- ※ 月に48時間以上の介護・看護をしている状況がわかるように記入してください。
- ※ 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を記入してください。

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<br>洗顔等                   |      | ←→ 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)<br>(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。