

介護・看護状況申立書

鳴門市福祉事務所長 宛

[利用・第一希望施設等名]

児童氏名 (年 月 日生)	児童氏名 (年 月 日生)	児童氏名 (年 月 日生)
------------------------------	------------------------------	------------------------------

申告者氏名 (介護・看護にあたっての方)		児童との 続柄		
介護・看護を受ける方	(年 月 日生)	児童との 続柄		
介護・看護を 受ける方の住所等	<input type="checkbox"/> 児童と同居	介護・看護を受ける方の住所		
	<input type="checkbox"/> 児童と別居 <small>※右欄を記入</small>	介護・看護を受ける方の同居人 氏名() 続柄() □なし □あり 氏名() 続柄()		
		同居人が介護できない理由		
介護・看護を 必要とする理由 介護・看護に あたる日数 添付書類の種類	<input type="checkbox"/> 施設添付	通所施設名() 施設に付添う日数(1週間あたり_____日) 添付書類 <input type="checkbox"/> 付添施設の証明(付添日数がわかるもの) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 施設送迎	送迎施設名() 施設に付添う日数(1週間あたり_____日) 添付書類 <input type="checkbox"/> 付添施設の証明(付添日数がわかるもの) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 自宅介護	介護・看護にあたる日数(1週間あたり_____日) 添付書類 <input type="checkbox"/> 診断書(重度のため常時介護・看護が必要である旨が明記されたもの) <input type="checkbox"/> 診断書(介護・看護が必要である旨が明記されたもの) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □療育手帳 <input type="checkbox"/> その他()		
介護・看護状況	食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴、洗顔等	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

※通所されている施設をすべてご記入ください。

①	施設名		施設所在地			
	日数	1週間あたり 日	所要時間	時間	分	
②	施設名		施設所在地			
	日数	1週間あたり 日	所要時間	時間	分	
③	施設名		施設所在地			
	日数	1週間あたり 日	所要時間	時間	分	

< 記入例 >

介護・看護状況申立書

鳴門市福祉事務所長 宛

[利用・第一希望施設等名 **〇〇〇保育所**]

児童氏名 ナルト タロウ 鳴門 太郎 (平成30年 1月 1日生)	児童氏名 (年 月 日生)	児童氏名 (年 月 日生)
---	-------------------	-------------------

申告者氏名 (介護・看護にあたっている方)	鳴門 渦美		児童との続柄	母
介護・看護を受ける方	金時 花子 (昭和32年 2月 2日生)		児童との続柄	母方祖母
介護・看護を受ける方の住所等	<input type="checkbox"/> 児童と同居	介護・看護を受ける方の住所 鳴門市〇〇町〇〇▲▲▲123番地45		
	<input checked="" type="checkbox"/> 児童と別居 ※右欄を記入	介護・看護を受ける方の同居人 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 氏名(金時 一郎) 続柄(子) 氏名() 続柄()		
		同居人が介護できない理由 日中は仕事で家にいないため。		
介護・看護を必要とする理由 介護・看護にあたる日数 添付書類の種類	<input type="checkbox"/> 施設添付	通所施設名() 施設に付添う日数(1週間あたり____日) 添付書類 <input type="checkbox"/> 付添施設の証明(付添日数がわかるもの) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 施設送迎	送迎施設名() 施設に付添う日数(1週間あたり____日) 添付書類 <input type="checkbox"/> 付添施設の証明(付添日数がわかるもの) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅介護	介護・看護にあたる日数(1週間あたり 5 日) 添付書類 <input type="checkbox"/> 診断書(重度のため常時介護・看護が必要である旨が明記されたもの) <input checked="" type="checkbox"/> 診断書(介護・看護が必要である旨が明記されたもの) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他()		
介護・看護状況	食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴、洗顔等	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

※通所されている施設をすべてご記入ください。

①	施設名		施設所在地	
	日数	1週間あたり 日	所要時間	時間 分
②	施設名		施設所在地	
	日数	1週間あたり 日	所要時間	時間 分
③	施設名		施設所在地	
	日数	1週間あたり 日	所要時間	時間 分