|  |  |
| --- | --- |
| 保護者名 |  |
| 児童名 |  | 生年月日　　　年　　 月 　日 |
| 児童名 |  | 生年月日　　 　年　　月　　日 |
| 児童名 |  | 生年月日　　 　年　　月　　日 |

介護（看護）状況申立書

特定非営利活動法人トイボックス　錦町児童クラブ　様

令和　 年　 月　 日

申請者　住所：

氏名：

児童との続柄：父・母・祖父・祖母・（　 　）

私は、現在、下記のとおり介護（看護）していることを申立てます。この申立ての内容に虚偽または事実と異なることがある場合には、承諾が取消しとなる場合があることに了承します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護を受ける方・必要な方 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 | □同居　□別居（住所：　　　　　　 　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　（　　）歳 |
| 介護者（申立者）との続柄 | 介護者の　実祖父・実祖母・実父・実母・兄弟姉妹・子義祖父・義祖母・義父・義母・　その他（　　　　） |
| 要介護度（介護認定を受けている場合） | □要支援（　１・２　）□要介護（　１・２・３・４・５　） |
| 利用しているサービス | □デイサービス　週　回 　　□ショートステイ 　週 　　回□ヘルパー　　　週　回 □その他（　 　　　）週　　 回 |
| 障がい・傷病等の状況 | 身体障害者手帳 　　級傷病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 介護の状況 | 介護している場所 | □自宅（介護する方・介護を受ける方）□その他（　　　　　　　） |
| 介護が必要な理由 |  |
| 介護必要性の内容 | 食事 | □一人でできる　　□一部介助　　□全介助 |
| 衣服の着脱 | □一人でできる　　□一部介助　　□全介助 |
| 入浴 | □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 |
| 屋内外の移動 | □一人でできる　　□一部介助　　□全介助 |
| 介護の状況 | 介護日数：週　 　日／１ヶ月平均　 日　時間：１日 時間 |
| 介護の日数・時間 | □月　　 時　 分～ 時 分 ・１日　　時間　 分□火　　 時　 分～ 時 分 ・１日　　時間　 分□水　　 時　 分～ 時　分 ・１日　　時間 　分□木　　 時　 分～ 時 分 ・１日　　時間　 分□金　　　時　 分～　時　分 ・１日　　時間　 分□土　　 時　 分～ 時 分 ・１日　　時間　 分□日　　 時　 分～ 時 分 ・１日　　時間　 分□祝日　 時　 分～ 時 分 ・１日　　時間　 分 |

※添付書類　（状況により医師診断書の提出を求める場合があります）

　・介護認定を受けている方・・・・介護保険証の写し

　・身体障害者手帳を持っている方・身体障害者手帳の写し

　・傷病の方の介護（看護）・・・・ 傷病の内容がわかる入院等治療計画書または処方箋や処方薬書の写し

・その他・・・・・・・・・・・・精神障害者保健福祉手帳、特別障害者福祉手当、障害児福祉手当、療

育手帳の写しなど