

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

錦町児童クラブ プロジェクトマネージャー 高橋紀子 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	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 要支援（ 1・2 ） <input type="checkbox"/> 要介護（ 1・2・3・4・5 ）			
	利用しているサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス 週 回	<input type="checkbox"/> ショートステイ 週 回	<input type="checkbox"/> ヘルパー 週 回	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅（介護する方・介護を受ける方） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	介護が必要な理由				
	介護必要性の内容	食事	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		入浴	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		排泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		屋内外の移動	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 月 時 分～ 時 分 ・1日 時間 分 <input type="checkbox"/> 火 時 分～ 時 分 ・1日 時間 分 <input type="checkbox"/> 水 時 分～ 時 分 ・1日 時間 分 <input type="checkbox"/> 木 時 分～ 時 分 ・1日 時間 分 <input type="checkbox"/> 金 時 分～ 時 分 ・1日 時間 分 <input type="checkbox"/> 土 時 分～ 時 分 ・1日 時間 分 <input type="checkbox"/> 日 時 分～ 時 分 ・1日 時間 分 <input type="checkbox"/> 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