

⑱介護・看護申立書

呉市長 様

私は、下記の通り介護・看護を行っているため、家庭で保育できないことを申立てます。
 介護・看護または、入院・通院・通所のための付き添いをしている日の状況については、別紙「タイムスケジュール」のとおりです。

介護・看護を必要とする方について	フリガナ 氏名			児童との続柄	児童の()
	生年月日	(大 / 昭)	年 月 日	電話番号	
	住所	〒			
疾病・障害名	※診断書の写しの添付が必要です。				
障害者手帳について	身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ____級 <input type="checkbox"/> 申請中) 療育手帳 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ____ <input type="checkbox"/> 申請中) 精神障害者保健福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ____級 <input type="checkbox"/> 申請中)				※手帳の写しの添付が必要です。
要支援・要介護認定 障害支援区分の認定	<input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 障害支援区分) ※申請した際に渡される書類 (受給資格者証等) の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 認定あり (<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 ____ <input type="checkbox"/> 障害支援区分 ____) ※介護保険証・障害福祉サービス受給者証の写しの添付が必要です。				
介護保険・障害福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している (サービスの種類: _____ 頻度: _____ 日/1か月)				
介護・看護の状況について	<input type="checkbox"/> 自宅介護・看護 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助				
	<input type="checkbox"/> 入院・通院付き添い 入院・通院先 (_____) 所在地 (_____) 退院・通院終了見込 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日頃予定)				
	<input type="checkbox"/> 施設通所付き添い 通所先施設名 (_____) 所在地 (_____) 利用交通機関 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー				
記入日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				

住 所 呉市

介護・看護をする人の
 氏名(生年月日) _____ (昭・平 . . 生)

児童との関係 _____ 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()

児童名(生年月日) _____ (平・令 . . 生)

_____ (平・令 . . 生)

_____ (平・令 . . 生)

※上記申立の内容について、介護等の実態を調査することがあります。

虚偽の場合は認定を取り消す場合があります。

⑱介護・看護申立書（記入例）

呉市長様

私は、下記の通り介護・看護を行っているため、家庭で保育できないことを申立てます。
 介護・看護または、入院・通院・通所のための付き添いを行っている日の状況については、別紙「タイムスケジュール」のとおりです。

介護・看護を必要とする方について	氏名	フリガナ 呉市 クレ	児童との続柄	児童の（ 曾祖母 ）
	生年月日	（ 大 / 昭 ） 平 / 令 16年 11月 9日	電話番号	0823-25-3100
	住所	〒737-0000 呉市中央4丁目1番6号		
疾病・障害名	上腕骨近位部骨折、アルツハイマー型認知症 ※診断書の写しの添付が必要です。			
障害者手帳について	身体障害者手帳（ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ____級 <input type="checkbox"/> 申請中） 療育手帳（ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ____ <input type="checkbox"/> 申請中） 精神障害者保健福祉手帳（ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ____級 <input type="checkbox"/> 申請中） ※手帳の写しの添付が必要です。			
要支援・要介護認定 障害支援区分の認定	<input type="checkbox"/> 申請中（ <input type="checkbox"/> 要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 障害支援区分） ※申請した際に渡される書類（受給資格者証等）の添付が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 認定あり（ <input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 <u>2</u> <input type="checkbox"/> 障害支援区分 ____） ※介護保険証・障害福祉サービス受給者証の写しの添付が必要です。			
介護保険・障害福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input checked="" type="checkbox"/> 利用している （サービスの種類：デイサービス 頻度： 8日／1か月）			
介護・看護の状況について	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅介護・看護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事補助 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助			
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・通院付き添い 入院・通院先（ 呉氏整形外科 ） 所在地（ 呉市中央〇丁目〇番〇号 ） 退院・通院終了見込 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ R4年 5月 30日頃予定）			
	<input type="checkbox"/> 施設通所付き添い 通所先施設名（ _____ ） 所在地（ _____ ） 利用交通機関 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー			
記入日	令和 3年 10月 31日			

住 所 呉市 中央4丁目1番6号

介護・看護をする人の氏名(生年月日) 呉市 椿 (昭)・平 58. 9. 7 (生)

児童との関係 父 ・ (母) ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()

児童名(生年月日) 呉市 樫太 (平)・令 29. 5. 3 (生)

(平・令 . . 生)

(平・令 . . 生)

※上記申立の内容について、介護等の実態を調査することがあります。

虚偽の場合は認定を取り消す場合があります。