

# 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 ) の写しの添付が必要です。 <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 クレシクレ 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。			
添付書類は複数該当する場合があります。	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。		
	<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)の添付の写しが必要です。		
	<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。		
	<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 4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 30. 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。