

介護（看護）状況申告書

提出日

年 月 日

介護（看護）を受ける人の情報	氏名	(ふりがな)		介護(看護)者との関係	
	生年月日	年 月 日			
	住所				
	障害・疾病等について	<input type="checkbox"/> 障害 ※障害者手帳等のコピーを添付			
		<input type="checkbox"/> 疾病等(認知症を含む) ※診断書・介護予防サービス・支援計画表等のコピーを添付			
状態	歩行： <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要	排泄： <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要			
	入浴： <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要	衣服の着脱：			
	食事： <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要			
介護（看護）の状況	□入院付添	入院(入所)施設名	施設種類 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> その他		
		入院(入所)期間	年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院(所)日未定		
		付添内容(具体的に)			
		付添にかかる時間	時間 分/日 → 日/月		
	□自宅介護・看護	介護(看護)の内容	<input type="checkbox"/> 寝たきり老人の介護 <input type="checkbox"/> 身体障がい者看護 <input type="checkbox"/> 自宅看護 (具体的に)		
		介護(看護)にかかる時間	時間 分/日 → 日/月		
		通園・通勤等の付添	施設名		
	付添内容(具体的に)				
	付添にかかる時間		時間 分/日 → 日/月		
	その他特に留意すること				
上記の通り、申告します。 葑崎市長 宛					
年 月 日 介護（看護）者 住所 氏名（自署） 電話番号					
保護者記入欄	保護者氏名			連絡先電話番号（父・母）	
	児童氏名（園名） ※きょうだい入所は全員記入	()	()	()	