

利用(希望)施設名	
児童氏名 (生年月日)	(年 月 日)
児童氏名 (生年月日)	(年 月 日)

介 護 ・ 看 護 状 況 申 告 書

年 月 日

沼津市長 様

申告者 住所 沼津市

氏名

教育・保育施設申込につき、親族の介護・看護中であるため、「介護・看護が必要な状況の分かる書類」を添えて、次のとおり申告いたします。

1. 該当者

	フリガナ 氏名	児童 との続柄	住 所	年 齢
介護・看護にあたる方				
介護・看護が必要な方				

2. 介護・看護の状況

(1) 介護・看護の日数	
介護・看護にあたる日数 1か月あたり____日 (うち、通院・通所に付き添う日数 1か月あたり____日) 見込み可	
(2) 現在の状況(各項目の該当する所を○印で囲んでください)	
形態(複数可)	自宅介護 ・ 施設通所付き添い・入院付き添い・通院付き添い・その他 ()
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()
入浴・洗顔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()
歩行	独歩可 ・ つかまればできる ・ 不可 ・ その他 ()
着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()
特別な医療・介護・看護	無 ・ 有 ()
(3) その他の具体的な介護・看護内容	
(4) 添付書類 ※1～6までの該当する番号に○をつけてください	
1. 診断書 病名 ()	
2. 身体障害者手帳 等級・程度 ()	3. 療育手帳 4. 精神障害者保険福祉手帳 5. 介護保険資格証
6. その他 ()	

裏面も記入してください。⇒

3. 現在の通院先・通所先についてお伺いします (年 月現在)

	名称	所在地	日数	付き添いの有無	所要時間	移動手段
(例)	デイサービス沼津	沼津市御幸町16-1	日	有・無	2時間45分	車
A			日	有・無		
B			日	有・無		
C			日	有・無		

※所要時間は往復の通所時間を含んでください。

4. 過去の1か月のスケジュール (年 月分)

※ 介護・看護された日に○印をつけてください

※ 通院・通所をされた場合は、上記3で記入された通院・通所先のA・B・Cを枠内に記入してください

曜日()	()	()	()	()	()	()
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	※その他()			

5. 1日の介護・看護スケジュール(できるだけ詳しく記入してください)

	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00
(例)		←→	←→		←→	←→			←→	←→	←→		
		起床	食事介助		週2回病院付き添い	食事介助			リハビリ(トレーニング)	食事介助	入浴介助		

※ この申告書は、教育・保育施設等利用申込手続きに使用するものです。

※ 証明書に虚偽等の不正があった場合には、本申告書は無効となり、支給認定を取り消す場合があります。