裏面があります。

介 護 ・ 看 護 状 況 申 告 書

武蔵村山市長　殿

施設等利用給付認定の申請にあたり、保護者が介護・看護にあたっている状況について、下記のとおり申告いたします。

住所　　武蔵村山市

(ﾌﾘｶﾞﾅ)　　(介護・看護にあたっているかた)

児童名　　申告者

(○をしてください)　　自宅℡　(　　)

入園内定・在園　　幼稚園　　携帯　(　　)

介護・看護が必要なかたの氏名・続柄		続柄	
介護・看護が必要なかたの住所			
介護・看護を必要とする理由	●身体障害者手帳　種　級　　●愛の手帳　度 ●精神保健手帳　級 ●介護保険手帳・介護認定　要介護[　　]　要支援 ●その他[　病名　　]		
介護・看護の状況	食　事　・１人でできる　・一部介助　・全介助 入浴、洗顔等　・１人でできる　・一部介助　・全介助 排せつ　・１人でできる　・一部介助　・全介助 特別な医療・介護等　無　・　有 [　　]		
介護・看護の日数	介護・看護に当っている日数　月　日 通院・通所に付き添う日数　月　日		
その他の具体的な介護・看護の内容			

添付書類：１身体障害者手帳　２愛の手帳　３精神保健手帳　４介護保険証　５診断書
６入院計画書等　７難病の医療証　８就労証明書　９その他（　　）

※介護を必要とする方に成人の同居者又は申告者の親族がいる場合は、その方が介護・看護、付き添いができない状況にあることを証明する書類（就労証明書など）が必要です。

○通院・通所先　　日数は１か月あたりの日数を記入してください。

A		所在地	
	１か月あたり　　日	所要時間	

B		所在地	
	１か月あたり　　日	所要時間	

C		所在地	
	１か月あたり　　日	所要時間	

D		所在地	
	１か月あたり　　日	所要時間	

E		所在地	
	１か月あたり　　日	所要時間	

○一日の介護・看護スケジュール

６時	７時	８時	９時	10 時	11 時	12 時
１時	２時	３時	４時	５時	６時	７時

○１ヶ月の介護・看護スケジュール（※通院・通所先欄のＡ～Ｅを記入してください。）

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	備考			