

介護・看護状況申告書

甲州市福祉事務所長 宛

令和 年 月 日

住所

申告者氏名

連絡先

介護・看護にあたっている状況について次の通り申告します。

介護・看護を受ける人の情報	氏名		児童との続柄		
	住所				
	障害・疾病等について	該当する項目に☑してください（該当する書類のいずれかを添付） ☐ 障害 ※障害者手帳の写し 等 ☐ 疾病等（認知症を含む） ※診断書・介護保険被保険者証,ケアプラン 等の写し			
介護・看護の状況	介護・看護日数	介護・看護をおこなっている日数 一週間あたり 日			
		通院・通所に付き添う日数 一週間あたり 日			
	介護・看護時間	一日あたり 時間（ 時 分 ～ 時 分）			
	介護・看護内容 該当する項目に☑してください	・食事	☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全面介助
		・入浴	☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全面介助
・衣服の着脱		☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全面介助	
・排泄		☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全面介助	
・屋内・屋外での移動		☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全面介助	
その他具体的な介護・看護内容					

(以下保護者記入欄)

利用（希望）施設名	
児童氏名	