

# 介護・看護状況申告書

年 月 日

(宛先) 戸田市長

保育所の申込みにあたり、親族の介護・看護中であるため、「介護・看護が必要な状況のわかる書類(3. 添付書類)」を添えて次のとおり申告します。

記

フリガナ  
申込児童名 生年月日 年 月 日

フリガナ  
申込児童名 生年月日 年 月 日

保護者氏名 住所 戸田市

## 1. 介護(看護)者・被介護(看護)者

|            | (フリガナ)<br>氏名 | 児童との<br>続柄 | 住 所 | 年齢(歳) |
|------------|--------------|------------|-----|-------|
| 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

|                                     |                |  |                     |  |
|-------------------------------------|----------------|--|---------------------|--|
| 介護・看護を必要とする理由<br>(手帳等の写しを添付)        | 身体障害者手帳        | 種  | 級                   |  |
|                                     | 療育手帳           |  |                     |  |
|                                     | 精神障害者保健福祉手帳    |  | 級                   |  |
|                                     | 介護保険手帳・介護認定    | 要介護度                                       | ・ 要支援               |  |
|                                     | その他の介護・看護      | (病名)                                       |                     |  |
| 現在の状況<br>(各項目の該当する所を<br>○印で囲んでください) | 形態             | 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・洗顔等         | 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 (病名 )                                |                     |  |
| 介護・看護の日数                            | 介護・看護にあたっている日数 | 一ヶ月あたり                                     | 日 (今後一ヶ月あたり 日(見込み)) |  |
|                                     | 通院・通所に付き添う日数   | 一ヶ月あたり                                     | 日 (今後一ヶ月あたり 日(見込み)) |  |
| その他の具体的な<br>介護・看護内容                 |                |  |                     |  |

## 3. 添付書類 (○印をつけてください・複数可)

1. 診断書 2. 身体障害者手帳 3. 療育手帳 4. 精神障害者保健福祉手帳 5. 介護保険証 6. 介護認定証 7. ケアプラン  
 8. その他( )

4. 現在の通院先・通所先 ( 年 月現在)

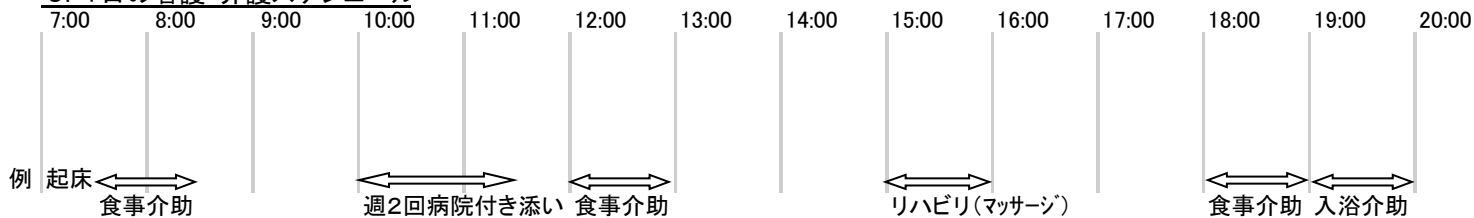
|   | 名称       | 所在地          | 日数<br>(1ヶ月あたり) | ※通所中の付き添いの有無 | ※所要時間                        | 主な移動手段(車・自転車・徒歩等) |
|---|----------|--------------|----------------|--------------|------------------------------|-------------------|
| 例 | 上戸田1丁目病院 | 戸田市上戸田1-18-1 | 2日             | (有)・無        | 1時間 30分<br>(通所時間 1時間 00分を含む) | 車                 |
| A |          |              | 日              | 有・無          | 時間 分<br>(通所時間 分を含む)          |                   |
| B |          |              | 日              | 有・無          | 時間 分<br>(通所時間 分を含む)          |                   |
| C |          |              | 日              | 有・無          | 時間 分<br>(通所時間 分を含む)          |                   |
| D |          |              | 日              | 有・無          | 時間 分<br>(通所時間 分を含む)          |                   |

※通所中の付き添いの有無は、デイサービス等の施設を利用中等で付き添いの必要が無い場合は、「無」に○

※ " 病院等の診察等で付き添いが必要な場合は、「有」に○

※所要時間は、病院等を往復する時間だけでなく、利用中の付き添っている時間を含む。ただし、付き添わない場合は往復の所要時間のみを記入

5. 1日の看護・介護スケジュール



※その他( )

6. 過去1ヶ月の通院(通所)・介護スケジュール ( 年 月分)

※介護・看護をされた日付に○印をしてください。

※通院(通所)をされた場合は、4. 現在の通院先・通所先欄のA~Dを記入してください。

| 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( ) |     |     |     |