

施設受付印	市受付印

## 介護・看護状況申立書

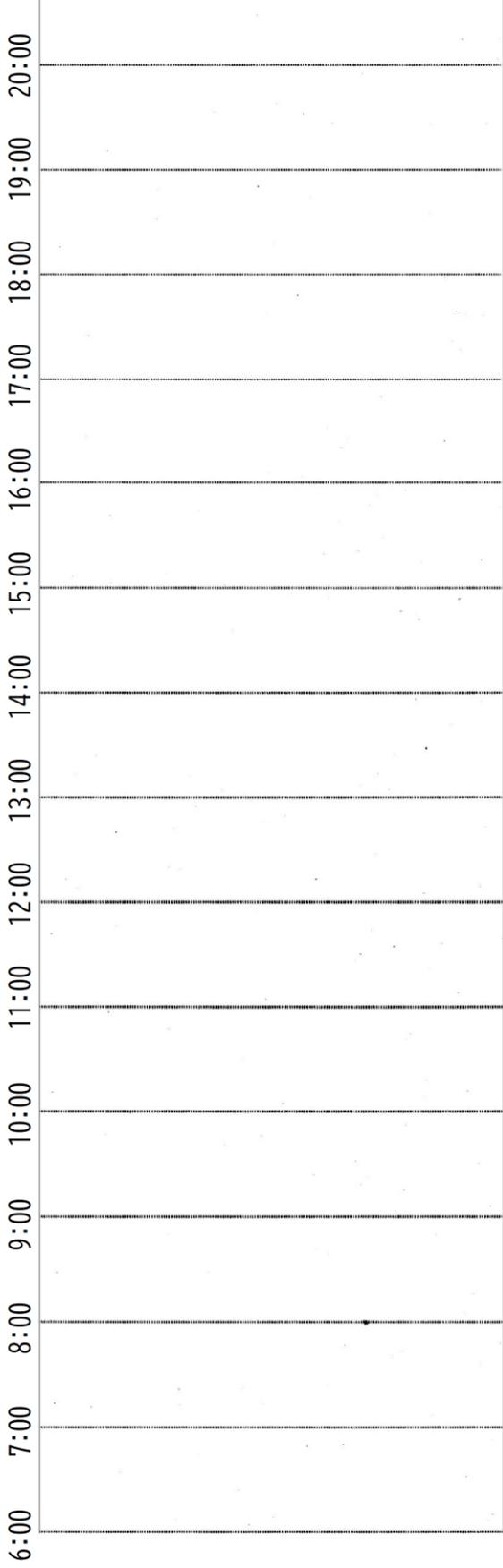
令和 年 月 日

下野市長 様

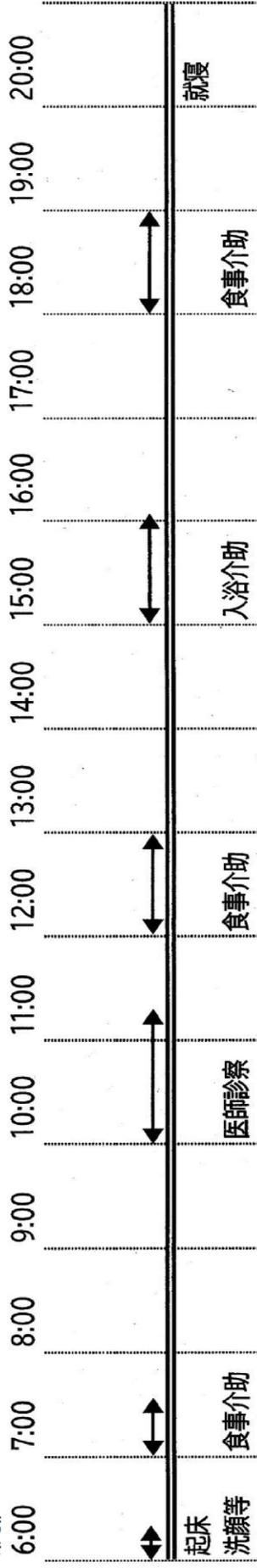
次のとおり、介護・看護にあたっている状況について申し立てます。

保護者 (申請者)	フリガナ		児童 との続柄	連絡先	父	-	-
	氏名				母	-	-
申請に係る 子ども	フリガナ		生年月日		年齢	性別	
	氏名		平成 令和	年 月 日	歳児	男・女	
住所	(〒 - ) 下野市						
利用・申込状況	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 入園申込中	利用(申込) 施設名					
介護・看護 が必要な方	フリガナ		児童 との続柄	住所	(〒 - )		
	氏名						
介護・看護を 必要とする理由  ※手帳等の写、 診断書、入院 計画書を添付	身体障害者手帳 _____ 級 (内容 _____ )						
	精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 (内容 _____ )						
	療育手帳            A 1・2            B 1・2						
	介護保険被保険者証 介護認定 要介護 1 2 3 4 5						
その他の介護・看護 (傷病名 _____ )							
介護・看護の状況  ※裏面に1日の 介護・看護スケ ジュールを記入	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅(通院・通所・通学) ←チェックをつけてください 介護・看護にあたっている日数 1週あたり _____ 日 1か月あたり _____ 日 施設名称 ( _____ )    付き添い (有・無) _____ 付添有の場合: 所要時間 ( _____ 時間 _____ 分) 週に ( _____ 日) 又は1か月に ( _____ 日)						
介護・看護期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (予定)						
その他具体的な 介護・看護内容	食事	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴・洗顔等	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	その他	( _____ )					

《1日の介護・看護スケジュール》



《記入例》



※排泄介助が一日平均6回※体位変換を2時間に1回