**介 護 状 況 申 告 書**

令和　 　年　 　月　 　日

台東区教育委員会　殿

保護者が介護にあたっている状況について、次のとおり申告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護にあたっている方の  氏　　名 | |  |
| 入所を申込み  する児童 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 介護が必要な方の氏名 | | （続柄　　　　　　　） |
| 介護が必要な方の住所 | |  |
| 介護を必要とする理由 | | 身体障害者手帳　　 　　　種　　　級  療育手帳　　　　　　　　　　　　度  精神保健福祉手帳　　　　　　級  要介護認定　要介護（　　　）　　要支援（　　　）  その他　（病名　　　　　　　　　　　） |
| 介護の状況  （あてはまるものに  「○」印を記してください） | | 食事　　　　　　　　　　 一人でできる　　　一部介助　　　全介助  入浴・洗顔など　　　　一人でできる　　　一部介助　　　全介助  排せつ　　　　　　　　　一人でできる　　　一部介助　　　全介助  特別な医療・介護等　　なし・あり（　　　　　　　　　　　） |
| 介護日数 | | 介護にあたっている日数　　　一か月当たり　　　　　日  通院・通所に付添う日数　　　一か月当たり　　　　　日 |
| その他具体的な介護内容 | |  |

（裏面もご記入ください）

|  |
| --- |
| ※区事務処理欄  添付書類：１．身体障害者手帳　　２．療育手帳　　３．精神保健福祉手帳  ４．介護保険認定結果通知または居宅サービス計画書など認定結果・状況のわかるもの  ５．診断書　　６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 通院・通所先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 一か月当たり　　　　　日 | 所要時間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 一か月当たり　　　　　日 | 所要時間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 一か月当たり　　　　　日 | 所要時間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 一か月当たり　　　　　日 | 所要時間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 一か月当たり　　　　　日 | 所要時間 |  |

* 一日の介護スケジュール

　　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 20:00 21:00 22:00 23:00 0:00

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※介護にあたっている時間に　　　　　　　を引き、具体的に介護内容を記入してください。

* 一週間の介護スケジュール

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 隔週・不定期の予定があれば具体的に記入してください。