**介 護 （看 護） 状 況 申 告 書**

令和　 　年　 　月　 　日

台東区長　殿

保育園の申込み（通園継続）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、次のとおり申告します。

住所

（介護（看護）にあたっている方）

児童名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏名

（介護（看護）にあたっている方からみて）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護（看護）が  必要な方の氏名 |  | 続柄 |  |
| 介護（看護）が  必要な方の住所 |  | | |
| 介護（看護）を必要とする理由  **※要証明書類** | 身体障害者手帳　　 　　　種　　　級　　療育手帳（愛の手帳） 　　　　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（看護）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（看護）日数 | 介護（看護）にあたっている日数　　　週・月当たり　　　　 　日  通院・通所に付添う日数　　　　　　　　週・月当たり　　　　 　日 | | |
| 介護（看護）時間 | 一日当たり　時間（　　　　　　時　　　分　　～　　　　　　時　　　分） | | |
| その他具体的な介護（看護）内容 |  | | |
| 区市町村の介護保険・障害福祉  サービスの利用状況および添付  書類 | 介護保険サービス　　利用あり（週・月当たり　　　　 　日）　　・　　利用なし  障害福祉サービス　　利用あり（週・月当たり　　　　 　日）　　・　　利用なし | | |
| ①　介護保険被保険者証、身体障害者手帳、療育手帳（愛の手帳）、  精神保健福祉手帳  ②　サービス等利用計画、ケアプラン、サービス提供利用票、  診断書（介護・看護が必要であると医師が診断し、介護状況が分かるもの）  ③　その他（介護や、リハビリの計画書など）  ※　①は必須書類です。②③についてはお持ちの場合ご提出ください。 | | |

（裏面もご記入ください）

* 通院・通所先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 週・月当たり　　　　　 日 | 所要時間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 週・月当たり　　　　　 日 | 所要時間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 週・月当たり　　　　　 日 | 所要時間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 週・月当たり　　　　　 日 | 所要時間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 日数 | 週・月当たり　　　　　 日 | 所要時間 |  |

* 一日の介護（看護）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（看護）にあたっている時間に　　　　　　　を引き、具体的に介護（看護）内容を記入してください。

* 一週間の介護（看護）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。
* 本申告書の内容について、必要に応じてかかりつけ医等に照会します。