# 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（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 |
| | 介護保険証・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（各項目の該当する所を〇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 | 一か月あたり　　日　（今後一か月あたり　　日（見込み）） |
| | 通院・通所に付き添う日数 | 一か月あたり　　日　（今後一か月あたり　　日（見込み）） |
| その他の具体的な介護・看護内容 | | |

3. 添付書類 （〇印をつけてください・複数可）

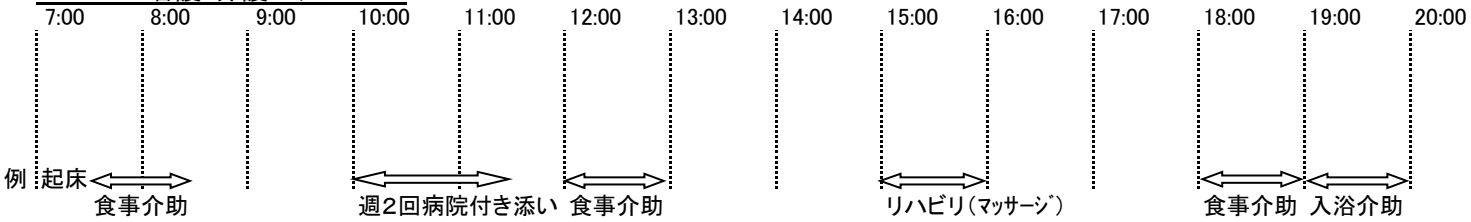
1. 診断書　2. 身体障害者手帳　3. 療育手帳　4. 精神障害者保健福祉手帳　5. 介護保険証　6. 介護認定証　7. ケアプラン
8. その他（　　）

4．現在の通院先・通所先　（　　年　　月現在）

| | 名称 | 所在地 | 日数（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　時間　分を含む） | |
| B | | | 日 | 有・無 | 時間　分<br>（通所時間　時間　分を含む） | |
| C | | | 日 | 有・無 | 時間　分<br>（通所時間　時間　分を含む） | |
| D | | | 日 | 有・無 | 時間　分<br>（通所時間　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の場合は、「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か月の通院（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（　　） | | | |