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） 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）

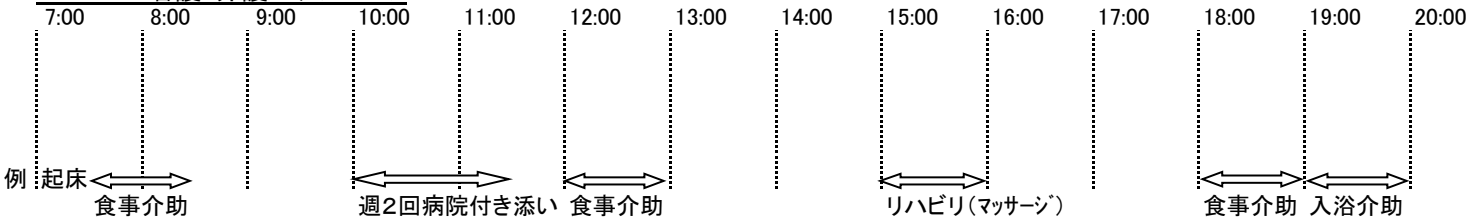
1. 診断書　2. 身体障害者手帳　3. 療育手帳　4. 精神障害者保健福祉手帳　5. 介護保険証　6. 介護認定証　7. ケアプラン
8. その他（　　）

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 （通所時間　1　時間　00分を含む）	車
A			日	有・無	時間　分 （通所時間　時間　分を含む）	
B			日	有・無	時間　分 （通所時間　時間　分を含む）	
C			日	有・無	時間　分 （通所時間　時間　分を含む）	
D			日	有・無	時間　分 （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（　　）			