

介護状況申告書

※ 下記内容について、お電話等で確認する事があります。裏面もご確認ください。

西暦 年 月 日

和光市長 宛

保育所の利用申請(通園継続)にあたり、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。

住所 _____

(介護にあたっている方)

児童名 _____

氏名 _____ 印 _____

(○をつけてください)

申込中・在園中 _____ 保育園 _____

介護が必要な方の氏名		続柄	(介護にあたっている方からみて)
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〔 〕 精神障害者保健福祉手帳 級 介護保険証・介護認定 要介護〔 〕 要支援〔 〕 その他 (病名)		
介護の状況 (○をつけてください)	食事 ・一人できる ・一部介助 ・全介助 入浴、洗顔など ・一人できる ・一部介助 ・全介助 排泄 ・一人できる ・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 1か月あたり 日 通院・通所に付き添う日数 1か月あたり 日		
その他の具体的な介護内容			

- 添付書類: 1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳
4. 介護保険証 5. 診断書 6. 入院計画書
7. 重度心身障害者医療費受給者証

(裏面あり)

保護者記入欄					
フリガナ		フリガナ		フリガナ	
児童名		児童名		児童名	
施設名	(在園・申込)	施設名	(在園・申込)	施設名	(在園・申込)
生年月日	・	生年月日	・	生年月日	・
認定番号		認定番号		認定番号	
受付番号		受付番号		受付番号	
				市確認欄	
				受付	確認
				入力	名簿

【通院・通所先】

日数は1か月あたりの日数を記入してください。

※ 通院・通所の曜日が固定の場合は記載してください。

※ 通院・通所し治療等にかかる時間を記載してください。

A	名称		所在地	
	日数	1か月当たり 日 固定 曜日	所要時間	時間 分
B	名称		所在地	
	日数	1か月当たり 日 固定 曜日	所要時間	時間 分
C	名称		所在地	
	日数	1か月当たり 日 固定 曜日	所要時間	時間 分
D	名称		所在地	
	日数	1か月当たり 日 固定 曜日	所要時間	時間 分
E	名称		所在地	
	日数	1か月当たり 日 固定 曜日	所要時間	時間 分

【一日の介護スケジュール】

6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時
1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時

【1か月の介護スケジュール】

【通院・通所先】欄のA～Eを記入してください。

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				

注意事項

申告書のため、実態調査をする場合もございます。

虚偽の内容が含まれている場合は、内定の取消または退園となります。