

介護状況申告書

年 月 日

和光市長 宛

学童クラブの申込(継続通所)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

(フリガナ)

児童名

(介護にあたっている方)

氏名

(○印をしてください。)

申込・通所

学童クラブ

自宅電話

介護が必要な方の 氏名・続柄		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 みどりの手帳 ランク 精神保健手帳 級 介護保険手帳・介護認定 要介護[] ・ 要支援 その他 (病名)		
介護の状況 (○印をしてください。)	食事 ・一人のできる ・一部介助 ・全介助 入浴、洗顔など ・一人のできる ・一部介助 ・全介助 排せつ ・一人のできる ・一部介助 ・全介助 特別な医療・介護等 ・無 ・有()		
介護日数	介護に当たっている日数 1ヶ月あたり 日 通院・通所に付き添う日数 1ヶ月あたり 日		
その他具体的な 介護内容			

添付書類 : 1.身体障害者手帳 2.みどりの手帳 3.精神保健手帳 4.介護保険証 5.診断書
6.入院計画書等() 7.難病の医療証

(裏面あり)

●通院・通所先

※日数は、1ヶ月あたりの日数を記入してください。

A	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり 日	所要時間	時間 分
B	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり 日	所要時間	時間 分
C	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり 日	所要時間	時間 分
D	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり 日	所要時間	時間 分
E	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり 日	所要時間	時間 分

●1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ヶ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				