

介護状況申告書

平成 年 月 日

和光市教育委員会 宛

保育クラブの申込(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 _____

保育クラブ _____

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
	排せつ	・一人できる	・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 分 時間
B	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり	日	所要時間 分 時間
C	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり	日	所要時間 分 時間
D	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり	日	所要時間 分 時間
E	名称		所在地	
	日数	1ヶ月あたり	日	所要時間 分 時間

●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				