

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。）	<table border="0"> <tr> <td>食 事</td> <td>・一人で行える</td> <td>・一部介助</td> <td>・全介助</td> </tr> <tr> <td>入浴、洗顔など</td> <td>・一人で行える</td> <td>・一部介助</td> <td>・全介助</td> </tr> <tr> <td>排せつ</td> <td>・一人で行える</td> <td>・一部介助</td> <td>・全介助</td> </tr> <tr> <td>特別な医療・介護等</td> <td colspan="3">・無 ・有（ _____ ）</td> </tr> </table>			食 事	・一人で行える	・一部介助	・全介助	入浴、洗顔など	・一人で行える	・一部介助	・全介助	排せつ	・一人で行える	・一部介助	・全介助	特別な医療・介護等	・無 ・有（ _____ ）		
食 事	・一人で行える	・一部介助	・全介助																
入浴、洗顔など	・一人で行える	・一部介助	・全介助																
排せつ	・一人で行える	・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

4時	5時	6時	7時	8時	9時	10時
11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
18時	19時	20時	21時	22時	23時	0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				