

介護・看護状況申告書

(提出先) 川越市長

介護・看護の状況について、以下のとおり申告します。

児童保護者氏名		記入日	年 月 日	
児童氏名		児童生年月日	年 月 日	
介護・看護を必要とする方について	氏名	児童保護者との続柄		
	住所			
	介護・看護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級		
		<input type="checkbox"/> 療育手帳 () 判定		
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () 級		
		<input type="checkbox"/> 介護認定 要介護 ()		
		<input type="checkbox"/> 疾病等 (病名:)		
		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 病院名 ()		
		<input type="checkbox"/> 主治医氏名 ()		
<input type="checkbox"/> 連絡先 ()				
入院	<input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 有	病院名 ()		
		連絡先 ()		
		期間 ()		
介護・看護の状況	介護・看護日数	<input type="checkbox"/> 週 () 日 <input type="checkbox"/> 月 () 日		
	介護・看護時間	<input type="checkbox"/> 週 () 時間 <input type="checkbox"/> 月 () 時間		
	食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助なし		
	入浴・洗顔等	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助なし		
	排泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助なし		
	医療的ケア	<input type="checkbox"/> 無		
		<input type="checkbox"/> 有 (内容:)		
その他必要な介護・看護の内容				
添付書類 ※タイムスケジュール表から 月64時間以上 の介護等の 状況が 必要 となります。 なお、 週5日以上かつ 月120時間以上 の状況を 「 常時 」と分類します。		<input type="checkbox"/> タイムスケジュール表 (裏面) 【必須】		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し		
		<input type="checkbox"/> 療育手帳の写し		
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し		
		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証等の写し		
		<input type="checkbox"/> 診断書		

いずれか1点【必須】

※申告書の内容について、必要に応じてかかりつけ医等に照会します。なお、内容が虚偽であることが発覚した場合は、児童の保育の利用が取り消しとなります。

タイムスケジュール表（裏面）

現在、下記の状況で介護・看護を実施しています。

記入日： 年 月 日

児童保護者氏名： _____

月の合計時間： 時間 ※月 6 4 時間以上の介護等の状況が必要です

記入例	月	火	水	木	金	土	日
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							

※通所、通院等で付添状態にない時間については、対象外となります。