

介護・看護状況申告書

児童氏名	
利用希望施設	

南三陸町長 様

令和 年 月 日

住 所	
保護者氏名	印

次のとおり、介護・看護状況について申告します。

介護・看護を受ける方の氏名	児童との続柄 ()	生年月日	年 月 日
介護・看護を受ける方の住所			
加療の状況	<input type="checkbox"/> 通院 (通院頻度：週 日程度 または 月 日程度) <input type="checkbox"/> 入院 (入院日： 年 月 日) (入院見込期間： 月間) <input type="checkbox"/> その他 ()		
病 名			
介護・看護が必要な症状等 (具体的に記入してください)			
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 着脱衣補助 <input type="checkbox"/> 通院等同行 <input type="checkbox"/> 介護サービスの利用 <input type="checkbox"/> その他 ()		
介護・看護に従事する時間	平 日	時 分	～ 時 分
	土曜日	時 分	～ 時 分
	日 曜	時 分	～ 時 分
添付書類	<input type="checkbox"/> 障害手帳等の交付を受けている場合は、障害手帳等の写し		
	<input type="checkbox"/> 介護認定等を受けている場合は、介護保険被保険者証等の写し		
	<input type="checkbox"/> 病院からの診断書など介護・看護状況を証明できる書類の写し		