

介 護 ・ 看 護 状 況 申 告 書

令和 年 月 日

河合町長 殿

入所児童名	フリガナ 氏 名	認定区分	生 年 月 日	入所（内定）予定施設
	(歳児〇入)	1号・2号・3号	平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> かがやきの森こども園 <input type="checkbox"/> 西大和保育園 <input type="checkbox"/> その他 (園)
(歳児〇入)	1号・2号・3号	平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> かがやきの森こども園 <input type="checkbox"/> 西大和保育園 <input type="checkbox"/> その他 (園)	

〈介護・看護を行う方について〉

氏名	児童との続柄： ()		
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 訪問（週・月 日程度）	<input type="checkbox"/> 母子・父子通園
介護・看護 内容	〈介護・看護状況を具体的に記入ください〉		

〈介護・看護を受ける方について〉

フリガナ 氏名	(満 歳) 児童との続柄： ()		
住所	〒 -		
病名			
手帳の有無 ※必ず写しを添付 してください	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A ・ B1 ・ B2) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 入院計画書等 <input type="checkbox"/> ケアプラン等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし		
介護・看護の状況	食 事	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴・洗顔等	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排 泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	炊事・洗濯・買い物等	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	特別な医療等	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
特別児童扶養手当 受給の有無	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり		
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> なし		
介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> あり (内容：) <input type="checkbox"/> なし		
通院（園）状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通所（院）【週・月 日程度】 <input type="checkbox"/> 通園（学）【週・月 日程度】 ※在園証明書を合わせてご提出ください		
症 状	〈児童の保育が困難な点をご記入ください〉		

通院先・通所先（令和 年 月現在）

	名称	所在地	日数	所用時間
A		府・県 市・区・町・村	1か月（ ）日	時間 分 (通所時間 分を含む)
B		府・県 市・区・町・村	1か月（ ）日	時間 分 (通所時間 分を含む)
C		府・県 市・区・町・村	1か月（ ）日	時間 分 (通所時間 分を含む)
D		府・県 市・区・町・村	1か月（ ）日	時間 分 (通所時間 分を含む)
E		府・県 市・区・町・村	1か月（ ）日	時間 分 (通所時間 分を含む)

1か月の通院（通所）スケジュール（令和 年 月現在）

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					

(例)

1	2	3
A	B	A・C

- ※申請書の提出前の前月の状況を記入してください。
- ※(例)を参考に、「通院先・通所先」欄のA~Eを記入してください。
- ※「介護・看護にあたる方」が実際に介護・看護をした日付に○を付けてください。
- ※介護・看護をしなかった日は、どのように対処されたかを記入してください。

「通院先・通所先」欄のBの施設に通所したことを意味します。

1日の介護・看護のスケジュール（※「介護・看護にあたる方」が行う内容を記入）

6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(例)

6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00

	←→ 食事介助		←→ 週2回 病院通院	←→ 食事介助		←→ リハビリ (マッサージ)											
--	------------	--	-------------------	------------	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ※日によって異なる場合は、2段書きにするなどわかるようにしてください。
- ※申告内容について、通院先・通所先又は介護・看護が必要な方に確認することがあります。