様式⑥

介護・看護状況申告書

（親族に限る）（多胎児を育児する場合も含む）

年　　月　　日

中津市保育施設運営課長　あて

申告者 住　　所 中津市

氏　　名

電話番号

介護・看護に当たっている状況について、 診断書等を添えて次のとおり申告します。

保育施設名			
ふりがな			
児童名	（　　年　　月　　日生）	（　　年　　月　　日生）	（　　年　　月　　日生）

1．被介護（看護）者

	氏　　名	児童との続柄	生 年 月 日	同居・別居
介護・看護が必要な方			年　　月　　日	同居 ・ 別居 （市町村名：　　）
介護・看護が必要な方			年　　月　　日	同居 ・ 別居 （市町村名：　　）

※入所（申し込み）児童本人の介護（看護）を行う場合は、保育が必要な理由の「介護・看護」には該当しません。

※**多胎児を育児する場合**は、以下（「2．介護・看護の状況」および裏面）は記入不要です。

2．介護・看護の状況

介護を必要とする理由 （該当するものにチェックし、必要事項を記入）	□身体障害者手帳（　　種　　級）　□療育手帳（　　） □精神障害者保険福祉手帳（　　級）　□介護認定　要介護（　）・要支援（　） □その他　（病名　　）	
介護・看護の状況 （該当するものにチェックする）	食事	□1人でできる　□一部介助　□全介助
	入浴・洗顔等	□1人でできる　□一部介助　□全介助
	排泄	□1人でできる　□一部介助　□全介助
	炊事・洗濯・買い物等	□1人でできる　□一部介助　□全介助
	特別な医療・介護・看護等	□無　　□有（　　）
介護・看護日数 ※「介護・看護に当たる方」が実際行っている内容を記入	介護・看護に当たっている日数　　1週当たり（　　）日	
	通院・通所に付き添う日数　　1週当たり（　　）日	
具体的な介護内容 ※「介護・看護に当たる方」が実際行っている内容を記入		
添付書類(複数可) （該当するものにチェックする）	□身体障害者手帳写し　□療育手帳写し　□精神障害者保健福祉手帳写し □介護認定通知写し　□入院計画書の写し　□診断書 □その他　（　　）	

（※裏面あり）

3. 通院先・通所先（　　年　　月　　日）

	介護・看護状況申告書			所要時間
	病院・事業所名	内容	頻度	
A			1か月 （　　）日	時間　　分 (通所時間　　分を含む)
B			1か月 （　　）日	時間　　分 (通所時間　　分を含む)
C			1か月 （　　）日	時間　　分 (通所時間　　分を含む)
D			1か月 （　　）日	時間　　分 (通所時間　　分を含む)
E			1か月 （　　）日	時間　　分 (通所時間　　分を含む)

4. 1か月の通院(通所)スケジュール(令和　　年　　月分)

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 C	② A・B	3 B (ヘルパー利用)

「通院先・通所先」欄のCの施設に通所したことを意味します

※申請書提出時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・看護に当たる方」が実際に介護・看護をした日付に○をつけてください。
　介護・看護をしなかった日は、どのように対処されたか記入してください。

5. 1日の介護・看護のスケジュール(※「介護・看護に当たる方」が行う内容を記入)

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

※日によって異なる場合は、2段書きにするなど、分かるように記入してください。
※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。