

父母が常時介護・看護にあたっている場合には、以下の内容を記入のうえ裏面の診断書をかかりつけ医で記入してもらってください。

施設名	児童氏名	生年月日	児童との続柄
		. .	父 ・ 母
		. .	祖父 ・ 祖母
		. .	他 ()

※ 複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。

※ 施設名は第1希望の施設を記入してください。

介 護 ・ 看 護 状 況 申 立 書

年 月 日

吉野川市福祉事務所長 様

住所

氏名

印

私が、親族の介護・看護に常時当たっている状況について、次のとおり申し立てます。
 なお、申立内容に虚偽等の不正があった場合には、入所(園)の取り消し(解除)に同意します。

	フリガナ 氏 名	児 童 との続柄	住 所	年 齢
介護・看護が必要な方				歳

介護・看護の状況

(1) 介護・看護の日数
 介護・看護にあたる 日数 1か月あたり()日
 うち通院・通所に付き添う日数 1か月あたり()日 見込み可

(2) 介護・看護を必要とする理由 ※1～6 までの該当する番号に○を付け、必要事項を記入または選択してください。

1. 傷病名()
 ※父母が介護・看護にあたる場合は裏面「診断書」必須

2. 身体障害者手帳 ____ 級 3. 療育手帳 ____ A・B ____ 4. 精神障害者保健福祉手帳 ____ 級

5. 介護保険被保険者証 ____ 要支援区分 1・2 ____ 要介護区分 1・2・3・4・5 ____
 (または介護保険資格者証)

6. その他 _____

(3) 現在の状況 ※各項目の該当する所に○付けてください。その他に該当する場合は、具体的に内容記載のこと。

形態(複数可) 自宅介護 ・ 施設通所付き添い ・ 入院付き添い ・ 通院付き添い ・ その他()

食事 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()

入浴・洗顔等 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()

排泄 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()

歩行 独歩可 ・ つかまればできる ・ 不可 ・ その他()

着脱 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()

特別な医療・介護・看護 無 ・ 有 ()

(4) その他の具体的な介護・看護内容 ※できるだけ詳しく記入してください。

※ 市職員が確認のため、訪問する場合があります。

診断書（介護・看護用）

（保育関係施設利用確認用）

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

病名 _____

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発病時期 _____ 頃

次の質問にお答えください。

問 1) 「日常生活の制限または介助の必要性」について選択、ご記入ください。

① 食 事 自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助 ・ そ の 他
(_____)

② 排 泄 自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助 ・ そ の 他
(_____)

③ 歩 行 独 歩 可 ・ つ か ま れ ば で き る ・ 不 可 ・ そ の 他 (_____)

④ 着 脱 自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助 ・ そ の 他
(_____)

上記①～④以外で制限または介助が必要な場合は、具体的にご記入ください。

問 2) 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

(_____ か月・月・週) に (_____ 日) 程度の通院が必要と考えます。

問 3) 医学的見地から、患者に対しては「付き添いが必要」と考えますか。

自立のため必要ないとする。

(自宅・病院) での (部分的な付き添い・全介助) が必要とする。

上記のとおり診断します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師

㊦