

**父母が當時介護・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

令和 年 月 日

吉野川市福祉事務所長 様

住所

氏名

私が、親族の介護・看護に當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つた場合には、入園の取り消し(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。

(R5.10改)

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考える。
 (自宅・病院)での(部分的な付き添い・全介助)が必要と考える。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師