**介護・看護状況申告書**

中山町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名 | （　　　　　年　　月　　日生） | （　　　　　年　　月　　日生） |
| （　　　　　年　　月　　日生） | （　　　　　年　　月　　日生） |
| 入所施設 |  |

※入所施設は、新規入所申し込みの際は、第１希望の施設を記入してください。

○被介護者・被看護者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 | 介護者との続柄（　　　　　） |
| 病　名　等 |  |
| 身障者手帳等の所持状況 | □ 身体障害者手帳（　　　級）□ 療育手帳（　　　　）□ 精神障害者保健福祉手帳（　　　級）□ 要介護認定（要介護　　　・要支援　　　）□ その他（特記事項等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

○介護・看護の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日常生活の状況 | 食事 | □ １人でできる　　□ 一部介助　　□ 全部介助 |
| 入浴 | □ １人でできる　　□ 一部介助　　□ 全部介助 |
| 排泄 | □ １人でできる　　□ 一部介助　　□ 全部介助 |
| 炊事・洗濯・買い物等 | □ １人でできる　　□ 一部介助　　□ 全部介助 |
| 特別な医療・介護・看護等 | □ １人でできる　　□ 一部介助　　□ 全部介助 |
| 介護・看護の日数 | □ 自宅介護　　週　　　日・１日　　　時間□ 病院・施設介護（病院・施設に通う日数）　週　　　日・１日　　　時間□ 通院・通所に付き添う日数　　週　　　日・１日　　　時間 |
| 介護・看護の内容 |  |

以上のとおり、介護・看護を行っていることを申し立てます。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

住　　　所

介護者氏名

児童との続柄

電話番号

（記入上の注意等）

・　記入に誤りがあった場合は、修正液、修正テープは使用せず、訂正箇所を二重線で消し、訂正印を押してください。

・　記載された内容について、確認させていただく場合があります。

＊お問い合わせ先

中山町役場健康福祉課福祉子育て支援グループ　電話番号　０２３－６６２－２７０５