

保護者記載欄	児童名	生年月日	施設名
		H・R 年 月 日	
		H・R 年 月 日	
		H・R 年 月 日	

介護・看護状況申告書（新2・3号用）

令和 年 月 日

柏市長 あて

子育てのための施設等利用給付の認定（法第30条の4第2号・第3号）にあたり、保護者が同居人の介護・看護に当たっている状況について、次のとおり申告します。

【介護・看護者住所】 柏市 _____

【介護・看護者氏名】 _____

申請児童 在園児童	(フリガナ)		生年月日	H・R 年 月 日
	児童氏名			
介護・看護が 必要な親族	(フリガナ)		児童との 続柄	
	氏名			
	生年月日	T・S H・R 年 月 日	性別	男 ・ 女
介護・看護を 必要とする 理由	病名： _____ 障害名： _____ 要看護状態区分：要介護[]・要支援[] その他： _____			
介護・看護の 具体的な内容	<input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 施設通所 <input type="checkbox"/> 入院 → 退院予定日【R 年 月 日】 ※具体的な内容を記入してください			

《週間・月間スケジュール》

	1週間当たり	1か月当たり
介護・看護に当たっている日数と時間 (在宅)	日	日
	時間	時間
通院通所に付き添う日数と時間(送迎)	日	日
	時間	時間

裏面に続きます

《1週間のスケジュール》 1週間の状況を記入してください。

	月	火	水	木	金	土	日
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							
21時							
22時							
23時							

《介護・看護を要する方の施設等へ通っている場合の経路と時間》

通院・通所先	施設名						
	所在地						
移動経路 (バス停・駅名)	自宅/ → → → 目的地						
所要時間	片道	時間	分	送迎方法			

(2つの施設へ通っている場合)

通院・通所先	施設名						
	所在地						
移動経路 (バス停・駅名)	自宅/ → → → 目的地						
所要時間	片道	時間	分	送迎方法			

(注) 記入内容に不正な事実があったことが判明した場合、認定を取り消すことがあります。