

児童名	生年月日	施設名
	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 新規申込(第一希望)
	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 新規申込(第一希望)
	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 新規申込(第一希望)

介護・看護状況申告書

令和 年 月 日

柏市長 あて

保育園等入所・継続利用にあたり、保護者が同居の親族の介護・看護にあ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】

【介護・看護者氏名】

介護・看護が必要な親族	(フリガナ)		児童との	
	氏名		続柄	
	生年月日	S・H・R 年 月 日		
介護・看護を必要とする理由 (該当するものに☑してください。)	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (① ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分/ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 要支援(1 ・ 2) <input type="checkbox"/> その他 () ※診断書は原本を、手帳または介護保険証は写しを添付してください。			
介護・看護にあたる日数と時間	1日あたり(平均)		1週間あたり	1か月あたり
	平日	時間	日	日
	土日	時間	時間	時間
介護・看護の具体的な内容				

《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)	自宅 → → → 目的地	
所要時間	片道 時間 分	送迎方法

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