

児童名	生年月日	施設名
	R 年 月 日	☐ 利用中 ☐ 新規申込(第一希望のみの記入)
	R 年 月 日	☐ 利用中 ☐ 新規申込(第一希望のみの記入)
	R 年 月 日	☐ 利用中 ☐ 新規申込(第一希望のみの記入)

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】

【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 続柄	
	氏名			
	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。)	☐ 診断書 ☐ 身体障害者手帳 (種 級) ☐ 精神保健福祉手帳 (級) ☐ 療育手帳 (① ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2) ☐ 要介護状態区分／ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 要支援(1 ・ 2) ☐ 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・駅名)	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。