

児童名	生年月日	利用施設名又は保育サービス名
	H・R 年 月 日	□利用中 □利用予定
	H・R 年 月 日	□利用中 □利用予定
	H・R 年 月 日	□利用中 □利用予定

## 介護・看護状況申告書（新2号・新3号用）

令和 年 月 日

柏市長 あて

施設等利用給付認定2号又は3号（新2号又は新3号認定）を受けるための申請を行うに当たり、保護者が行う同居親族の介護・看護の状況について、次のとおり申告します。

【介護・看護者の住所】

【介護・看護者の氏名】

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。)	<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（ ） ※ 診断書は原則、原本。手帳または介護保険証は写しを添付してください。			
介護・看護に携わる日数と時間	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、認定を取り消すことがあります。