

児童名	生年月日	利用施設名又は保育サービス名	
	R 年 月 日		☐ 利用中 ☐ 利用予定
	R 年 月 日		☐ 利用中 ☐ 利用予定
	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。)	☐ 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 (㊤ ・ 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 ()					
※ 診断書は原則、原本。手帳又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。