

在園施設名	児童名	生年月日
		平成・令和 年 月 日
		平成・令和 年 月 日

介護・看護状況申告書

(宛先) 新潟市長

令和 年 月 日

介護・看護者(保護者)氏名 _____

介護・看護にあたっている状況について、下記のとおり申告します。

介護・看護が必要な方	氏名				児童との続柄																				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)																							
	住所	同居・別居(住所: _____)																							
介護・看護の状況	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">(食 事)</td> <td><input type="checkbox"/> 一人で行える</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>(衣 服 の 着 脱)</td> <td><input type="checkbox"/> 一人で行える</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>(入 浴 、 洗 顔 等)</td> <td><input type="checkbox"/> 一人で行える</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>(排 泄)</td> <td><input type="checkbox"/> 一人で行える</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>(特別な医療・介護等)</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり(_____)</td> <td></td> </tr> </table>					(食 事)	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(衣 服 の 着 脱)	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(入 浴 、 洗 顔 等)	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(排 泄)	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特別な医療・介護等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(_____)	
(食 事)	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																						
(衣 服 の 着 脱)	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																						
(入 浴 、 洗 顔 等)	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																						
(排 泄)	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																						
(特別な医療・介護等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(_____)																							
その他の具体的な介護・看護内容																									
介護・看護日数	月 _____ 日 (曜日: 月・火・水・木・金・土・日)																								
介護・看護時間及び介護・看護を必要とする理由	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 65%;"> <p style="text-align: center;">実介護・看護時間 週 時間 分</p> <p>※以下の資料を添付してください。</p> <p><u>(介 護)</u></p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し 要介護 (<input type="checkbox"/>5・<input type="checkbox"/>4・<input type="checkbox"/>3・<input type="checkbox"/>2・<input type="checkbox"/>1)</p> <p><input type="checkbox"/> ケアプランの週間サービス計画表の写し 等</p> <p><u>(障 が い)</u></p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (_____ 級) の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (_____ 級) の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 療育手帳 (_____) の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス利用計画の週間計画表の写し 等</p> <p><u>(疾 病 ・ 疾 患)</u></p> <p><input type="checkbox"/> 医師の診断書 (病名 _____)</p> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">◆「実介護・看護時間」の記載方法</p> <p style="text-align: center;">[① - ② = 実介護・看護時間]</p> <p>①…介護・看護に必要な時間※</p> <p>②…ヘルパー、デイサービス、ショートステイ利用時間など</p> <p style="font-size: small;">※介護・看護に必要な時間 ・入浴、排せつ、食事等の介護、洗濯、掃除等の家事援助等、徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等、通院・通所の付添い等</p> </div> </div>																								
通院・通所先	名称 (_____) 所在地 (_____)																								
	日数 (1 か月 _____ 日) 所要時間: _____ 時間 _____ 分 (通所時間 _____ 分を含む)																								
	名称 (_____) 所在地 (_____)																								
	日数 (1 か月 _____ 日) 所要時間: _____ 時間 _____ 分 (通所時間 _____ 分を含む)																								
	名称 (_____) 所在地 (_____)																								
	日数 (1 か月 _____ 日) 所要時間: _____ 時間 _____ 分 (通所時間 _____ 分を含む)																								
幼稚園・一時預かり・ヘルパー等で対応できない理由																									

添付資料の提出がない場合は、保育が必要であることが確認できないため、保育認定ができませんので、ご了承ください。