第１希望施設名または在園施設名	児童名	生年月日
		年　月　日
		年　月　日

受付施設№

介護・看護状況申告書

（宛先）新潟市長　　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　年　月　日（　歳）		
	住所	同居 ・ 別居（住所：　）		
介護・看護の状況	（食事）	□ 一人でできる	□ 一部介助	□ 全介助
	（衣服の着脱）	□ 一人でできる	□ 一部介助	□ 全介助
	（入浴、洗顔等）	□ 一人でできる	□ 一部介助	□ 全介助
	（排泄）	□ 一人でできる	□ 一部介助	□ 全介助
	（特別な医療・介護等）	□ なし	□ 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	**実介護・看護時間　週　時間　分**			
	※以下の資料を添付してください。			
	（介　護）			
	□ 要介護認定証の写し			
	要介護（ □5 ・ □4 ・ □3 ・ □2 ・ □1）			
	□ ケアプランの週間サービス計画表の写し等			
	（障がい）			
	□ 身体障害者手帳（　級）の写し			
	□ 精神障害者保健福祉手帳（　級）の写し			
	□ 療育手帳（　）の写し			
	□ 障がい福祉サービス利用計画の週間計画表の写し等			
	（疾病・疾患）			
	□ 医師の診断書（病名　）			
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				

◆「実介護・看護時間」の記載方法

[① － ② ＝実介護・看護時間]

①…介護・看護に必要な時間※

②…ヘルパー，デイサービス，ショートステイ利用時間など

※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

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。