

第1希望施設名または在園施設名	児童名	生年月日	受付施設No.
		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・看護にあたっての状況について、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	(食事) <input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (衣服の着脱) <input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (入浴、洗顔等) <input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (排泄) <input type="checkbox"/> 一人できる <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	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。 <u>(介護)</u> <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) <input type="checkbox"/> ケアプランの週間サービス計画表の写し 等 <u>(障がい)</u> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳 () の写し <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 <u>(疾病・疾患)</u> <input type="checkbox"/> 医師の診断書 (病名)			◆「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
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。