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

| 受付施設№ |
|---|
| |

# 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 | （　食　事　）□ 一人でできる　□ 一部介助　□ 全介助<br>（衣服の着脱）□ 一人でできる　□ 一部介助　□ 全介助<br>（入浴、洗顔等）□ 一人でできる　□ 一部介助　□ 全介助<br>（　排　泄　）□ 一人でできる　□ 一部介助　□ 全介助<br>（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**<br>※以下の資料を添付してください。<br>**（介　護）**<br>□ 介護保険被保険者証の写し<br>要介護（ □5 ・ □4 ・ □3 ・ □2 ・ □1 ）<br>□ ケアプランの週間サービス計画表の写し　等<br>**（障がい）**<br>□ 身体障害者手帳（　　級）の写し<br>□ 精神障害者保健福祉手帳（　　級）の写し<br>□ 療育手帳（　　）の写し<br>□ 障がい福祉サービス利用計画の週間計画表の写し　等<br>**（疾病・疾患）**<br>□ 医師の診断書（病名　　） | | | |
| 通院・通所先 | 名称（　　）所在地（　　）<br>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（　　）<br>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（　　）<br>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。**