受付施設№.

介護・看護状況申告書

（宛先）新潟市長

記入日：令和　　年　　月　　日

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。

児童氏名	1	（令和　　年　　月　　日生）	第1希望または在園施設名	
	2	（令和　　年　　月　　日生）	第1希望または在園施設名	
介護・看護者（保護者）氏名			児童との続柄	

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：　　）		
		（☑別居の場合、他の親族が介護・看護できない理由）		

介護・看護を必要とする理由 ※☑した理由に応じた右記の書類の添付が必要です	□介護	・介護保険被保険者証の写し［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	・手帳の写し → □身体障害者手帳（　　級） → □精神障害者保健福祉手帳（　　級） → □療育手帳（A・B）
		・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	・介護看護が必要な旨記載のある医師の診断書（病名　　）

介護・看護の状況	□自宅介護・看護　（□週　□月　＿＿＿＿日程度）			
	□家事援助　□食事補助　□衣服着脱　□入浴補助　□排泄補助　□その他			
	□通院・通所付添　（□週　□月　＿＿＿＿日程度）			
	通院・通所先名称		所在地	
	所要時間	＿＿＿時間＿＿＿分（通院・通所時間＿＿＿＿分を含む）		
その他の具体的な介護・看護内容				
実介護・看護時間 ※下段スケジュール表を記入してください	週＿＿＿日・月＿＿＿日　／　月＿＿＿時間＿＿＿分			

【スケジュール表】介護・看護状況について、下記の内容で記入してください。（週によって異なる場合は、平均的な状況を記入してください。）
①家事援助、食事補助、通院・通所付添等（上段「介護・看護の状況」）に要する時間を○で記入してください。
②ヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の福祉サービスを利用している時間を■で記入してください。
※実介護・看護時間には、ヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の福祉サービスの利用時間を含めません。

時間帯	月	火	水	木	金	土	日	記入例
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								
6:00								○
7:00								｜
8:00								｜
9:00								｜
10:00								○
11:00								
12:00								
13:00								○
14:00								■
15:00								｜
16:00								｜
17:00								■
18:00								
19:00								■
20:00								
21:00								
22:00								…
23:00								
実介護・看護時間								7：30（■を含めない）

（R8.10.1改正）

記入例

介護・看護状況申告書

受付施設No.

記入した日を記入してください。

（宛先）新潟市長

記入日：令和 8 年 10 月 31 日

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。

児童氏名	1	新潟　柳都　（令和 7年 10月 5日生）	第1希望または在園施設名	こあらこども園
	2	（令和　年　月　日生）	第1希望または在園施設名	
介護・看護者（保護者）氏名		新潟　花子	児童との続柄	母

介護・看護が必要な方	氏名	新潟　保子	児童との続柄	祖母
	生年月日	□大正 ☑昭和 □平成 □令和　39 年 6 月 9 日（ 62 歳）		
	住所	☑同居 □別居（住所：　）		
		（☑別居の場合、他の親族が介護・看護できない理由）		
		別居の場合は他の親族が介護・看護できない理由を必ず記入してください。		
介護・看護を必要とする理由 ※☑した理由に応じた右記の書類の添付が必要です	☑介護	・介護保険被保険者証の写し［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	・手帳の写し → □身体障害者手帳（　級） → □精神障害者保健福祉手帳（　級） → □療育手帳（ A ・ B ） ・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	・介護看護が必要な旨記載のある医師の診断書（病名　）		
介護・看護の状況	☑自宅介護・看護	（□週 ☑月 12 日程度）		
		☑家事援助 ☑食事補助 ☑衣服着脱 □入浴補助 ☑排泄補助 □その他		
	☑通院・通所付添	（☑週 □月 4 日程度）		
		通院・通所先名称：○○デイサービス　所在地：新潟市○○区○○		
		所要時間：9 時間 00 分（通院・通所時間 60 分を含む）		
その他の具体的な介護・看護内容		上記介護・看護の状況のほか具体的な介護・看護内容を記入してください。		
実介護・看護時間 ※下段スケジュール表を記入してください		週　日 ・ 月 12 日 ／ 月 144 時間 00 分		

スケジュール表の実介護・看護時間の週あたりの合計時間×4（週）で月の実介護・看護時間を計算してください。

【スケジュール表】介護・看護状況について、下記の内容で記入してください
①家事援助、食事補助、通院・通所付添等（上段「介護・看護の状況」）に
②ヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の福祉サービスを利用して
※実介護・看護時間には、ヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の福祉

時間帯	月	火	水	木	金	土	日	記入例
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								
6:00								○
7:00								
8:00	○			○		○		
9:00		■	■		■		■	■
10:00								○
11:00								
12:00								
13:00								○
14:00								■
15:00								
16:00								
17:00		■	■		■		■	■
18:00								
19:00								■
20:00	○			○		○		
21:00								
22:00								...
23:00								
実介護・看護時間	12:00			12:00		12:00		7:30（■を含めない）

（R8.10.1改正）