

介護（看護）状況申告書

年 月 日

小平市長 あて

介護(又は看護)にあたっている状況について、次のとおり申告します。

① 介護(看護)をする方 (保護者等)	住 所	小平市		
	氏 名			
② 介護(看護)が必要な方	フリガナ		介護(看護)する人から みた続柄	
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性 別	男・女
	住 所		電 話 番 号	
			()	
介護(看護)を実施している 場所 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 介護(看護)をする人・受ける人が同居する自宅 <input type="checkbox"/> 同居しない介護(看護)を受ける人の自宅 <input type="checkbox"/> 介護(看護)を受ける人が入院(入所)する施設 <input type="checkbox"/> 介護(看護)を受ける人の通院・通園・通所等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()			
③ 介護(看護)を必要とする理由	病名・障がい名 _____			
	身体障害者手帳 種 級 _____			
	愛の手帳 度 _____ 精神保健手帳 級 _____ 要介護状態区分 要介護[]・要支援[]			
添 付 書 類	いずれかを 必ず添付	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 介護(看護)を必要とすることを証明する書類の写し		
	あれば加えて添付	<input type="checkbox"/> 入院計画書等の写し <input type="checkbox"/> ケアプランの写し		
④ 介護(看護)が必要な方の状況 および 介護(看護)の 具体的内容	・食事	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助
	・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助
・入浴	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	
・排泄	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	
・自宅内での移動	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	
・屋外での活動	<input type="checkbox"/> 一人で行える	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	
・その他、特別な医療、介護(看護)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	※有の場合、下記カッコ内に 具体的に記入してください。	
	()			

裏面も記入してください。

当てはまるものにチェックしてください	児 童 氏 名	生 年 月 日	利 用 施 設 名
<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 在園(転園申込 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 施設等利用給付認定申請		年 月 日	
<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 在園(転園申込 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 施設等利用給付認定申請		年 月 日	
<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 在園(転園申込 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 施設等利用給付認定申請		年 月 日	

【問合せ】 小平市 子ども家庭部 保育課 電話042-346-9601(直通)

⑤ 利用している介護(看護)サービス等

(1) 通院・通所・通学先

	名 称	所在地 (市区町村)	日 数	1回あたりの 利用時間	通所時間	施設での 申告者の付添い	施設等による 送迎サービス
記入例	デイサービスセンター 〇〇	小平市	月に(7)日	6 時間 30分	15 分	要・不要	有・無
A			月に()日	__ 時間 __分	__ 分	要・不要	有・無
B			月に()日	__ 時間 __分	__ 分	要・不要	有・無
C			月に()日	__ 時間 __分	__ 分	要・不要	有・無
D			月に()日	__ 時間 __分	__ 分	要・不要	有・無

(2) 利用している居宅サービス等

	名 称	所在地 (市区町村)	日 数	1回あたりの 利用時間
記入例	訪問看護ステーション □□□	小平市	月に(4)日	1 時間 00分
ア			月に()日	__ 時間 __分
イ			月に()日	__ 時間 __分
ウ			月に()日	__ 時間 __分

※「1回あたりの利用時間」には「通所時間」を含めない時間で記入してください。

※「A・B・C・D・ア・イ・ウ」については下記1週間のスケジュール表の利用施設の表記としても使用してください。

⑥ 1週間の介護(看護)のタイムスケジュール表

	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	時	時	
例1 同居 の場合			食事 介助	送 迎	← デイサービス (A) →						送 迎	入浴 介助	食事 介助				
例2 別居 の場合					祖母宅 へ移動	入浴 介助	食事 介助	休 憩	Cに通院付添い	休 憩	食事 介助	自宅 へ移動	帰 宅				
月																	
火																	
水																	
木																	
金																	
土																	
日																	
【スケジュールに関して特記事項があれば記入してください】																	

※ ①～⑥の項目は、介護(看護)要件の確認のため必要です。忘れずにご記入ください。

※ 申告内容について、通院先、通所先等、または介護・看護が必要な方として記載されている方に確認をする場合があります。

※ 介護・看護の状況は、各教育・福祉サービス等の利用状況や、保育施設の開所時間等を踏まえ、判定します。