

児童氏名		令和9年4月1日現在の年齢	歳児	保育園
児童氏名		令和9年4月1日現在の年齢	歳児	保育園
児童氏名		令和9年4月1日現在の年齢	歳児	保育園

介 護 ・ 看 護 状 況 申 告 書

年 月 日

函南町長 様

申告者 住所 函南町

氏名

幼稚園預かり保育申込につき、親族の介護・看護中であるため、「介護・看護が必要な状況の分かる書類」を添えて、次のとおり申告いたします。

1.該当者

	フリガナ 氏名	児童 との続柄	住 所	年齢
介護・看護を <u>する方</u>				
介護・看護が <u>必要な方</u>				

2.介護・看護の状況

(1) 介護・看護の日数	
介護・看護にあたる日数 1か月あたり_____日 (うち、通院・通所に付き添う日数 1か月あたり_____日) 見込み可	
(2) 介護・看護を必要とする理由(手帳等の写しを添付) ※1～6までの該当する番号に○をつけてください	
1. 診断書 病名() 2. 身体障害者手帳 _____級 3. 療育手帳 <u>A・B・C</u> 4. 精神障害者保険福祉手帳 _____級 5. 介護保険資格証 <u>要支援区分 1・2</u> <u>要介護区分 1・2・3・4・5</u> 6. その他()	
(3) 現在の状況(各項目の該当する所を○印で囲んでください)	
形態(複数可)	<u>自宅介護</u> ・ <u>施設通所付き添い</u> ・ <u>入院付き添い</u> ・ <u>通院付き添い</u> ・ その他()
食事	<u>自立</u> ・ <u>一部介助</u> ・ <u>全介助</u> ・ その他()
入浴・洗顔	<u>自立</u> ・ <u>一部介助</u> ・ <u>全介助</u> ・ その他()
排泄	<u>自立</u> ・ <u>一部介助</u> ・ <u>全介助</u> ・ その他()
歩行	<u>独歩可</u> ・ <u>つかまればできる</u> ・ <u>不可</u> ・ その他()
着脱	<u>自立</u> ・ <u>一部介助</u> ・ <u>全介助</u> ・ その他()
特別な医療・介護・看護	<u>無</u> ・ <u>有</u> ()
(4) その他の具体的な介護・看護内容	

裏面も記入してください。⇒

3. 現在の通院先・通所先についてお伺いします (年 月現在)

	名称	所在地	日数	付き添いの有無	所要時間	移動手段
(例)	〇〇デイサービス	函南町平井717-13	日	有・無	2時間45分	車
			日	有・無		
			日	有・無		
			日	有・無		

※所要時間は往復の通所時間を含んでください。

4. 過去の1か月のスケジュール (年 月分)

※ 介護・看護された日に○印をつけてください

※ 通院・通所をされた場合は、上記3で記入された通院・通所先のA・B・Cを枠内に記入してください

曜日()	()	()	()	()	()	()
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	※その他()			

5. 1日の介護・看護スケジュール(できるだけ詳しく記入してください)

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
(例)	←→	←→		←→	←→			←→	←→	←→		
	起床	食事介助		週2回病院付き添い	食事介助			リハビリ(トレーニング)	食事介助	入浴介助		

※ この申告書は、幼稚園預かり保育申込に使用するものです。

※ 証明書に虚偽等の不正があった場合には、本申告書は無効となり、入所を取り消す場合があります。

上記のとおり介護・看護していることに相違ありません。