

介護状況等申告書

《子ども・子育て支援制度用》

(あて先)一関市長

記入日: 令和 年 月 日

住所:

保護者名:

児童氏名:

生年月日: 年 月 日(歳)

利用(第1希望)保育施設等名:

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

介護する方	氏名:	児童との続柄:	
介護される方	氏名:	児童との続柄:	年齢: 歳
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:		
介護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B		
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2		
介護保険・障害福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している(サービスの内容)		
介護の状況について	<input type="checkbox"/> 自宅での介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 入院・通院の付き添い 入院・通院先 () 所在地 ()		
	<input type="checkbox"/> 施設通所の付き添い 通所先施設名 () 所在地 ()		
介護を行う、通院・通所に付き添う日数及び時間	1か月あたり	時間	
	1週間あたり	(月・火・水・木・金・土・日) 日 ※介護を行わない曜日があれば二重線で消してください。	
	1日あたり	時間 (時 分 ~ 時 分)	
その他具体的な介護内容			

※ 身体障害者手帳等の写しを必ず添付してください。
手帳等をお持ちでない場合は、医師からの診断書の提出が必要です。