

介護状況等申告書

《子ども・子育て支援制度用》

記入例

※記入前に下記の注意書きをお読みください。
※油性ボールペンなど容易に消えないもので
記入してください(摩擦熱でインクが消えるペ
ンは使用しないでください)。

記入日: 令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所: 一関市△△町3丁目7-1

保護者名: 一関 花子

児童氏名: 一関 すみれ
生年月日: 令和 〇 年 〇 月 〇 日(〇 歳)

利用(第1希望)保育施設等名: 〇〇保育園

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: 一関 花子	児童との続柄: 母
介護される方	氏名: 一関 太郎	児童との続柄: 祖父
	年齢: 65 歳	
介護を必要とする理由	☒ 身体障害者手帳 1 種 1 級 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 級 ☐ 療育手帳 A・B	
	☒ 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	☒ 利用していない ☐ 利用している(サービスの内容)	
介護の状況について	☒ 自宅での介護 ☒ 家事援助 ☐ 食事補助 ☐ 衣服着脱 ☒ 入浴補助 ☐ 排泄補助 ☐ その他 ()	
	☐ 入院・通院の付き添い 入院・通院先 () 所在地 ()	
	☐ 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 118 時間	
	1週間あたり 5 日 (月・火・水・木・金・土・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 6 時間 (9 時 00 分 ~ 15 時 00 分)	
その他具体的な 介護内容		

介護を要しない日を二重線で消してください。

※ 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。