介護・看護申立書

施設等利用給付認定用

令和　　　年　　　月　　　日

申立者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
|  |  |

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護（看護）が必要な方 | （ふりがな）  氏　　名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 性別 |
|  |  | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日  （　　　　歳） |  |
|  |
| 介護（看護）を必要とする理由 | 病名・障がい名：  障害者手帳：□無　□有（障がいの程度　　　　級）  介護保険の利用：□無　□有（要介護　　　　　・　要支援　　　　）  その他： | | | |
| 介護（看護）の具体的内容 | □自宅看護（介護）　□通院付添　□施設通所付添  □入院付添  　・入院期間：令和　　　年　　　月　　　日　～  　令和　　　年　　　月　　　日  　・退院予定　□無　□未定  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 添付書類 | 児童の保育に欠ける程度に介護（看護）が必要とすることを証明する書類等の原本又は写しを併せて提出してください。  □診断書　　　　　　　　　□精神障害者保健福祉手帳  □身体障害者手帳　　　　　□介護保険証  □療育手帳　　　　　　　　□通所証明書  □その他 | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | 児童名 | 児童生年月日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

（裏面へ続く。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １日のスケジュール | |  | 週間・月間スケジュール |
| ７時 |  |  | 介護（看護）にあたっている日数 |
| ８時 |  |  | １週間あたり：　　　　日 |
| ９時 |  |  | １か月あたり：　　　　日 |
| １０時 |  |  | 通院・通所に付添う日数 |
| １１時 |  |  | １週間あたり：　　　　日 |
| １２時 |  |  | １か月あたり：　　　　日 |
| １３時 |  |  |  |
| １４時 |  |  | 通院・通所に付添う場合の経路と時間等 |
| １５時 |  |  | ①通院・通所先 |
| １６時 |  |  | 施設名： |
| １７時 |  |  | 所在地： |
| １８時 |  |  | 送迎方法（自動車・バス等） |
| １９時 |  |  |  |
| ２０時 |  |  | 移動経路（バス停・駅名等）・所要時間 |
| ２１時 |  |  | 自宅→ |
| ２２時 |  |  | →目的地 |
| ２３時 |  |  | 所要時間：　　　　　　　時間　　　　分 |
| ２４時 |  |  | ②通院・通所先 |
| １時 |  |  | 施設名： |
| ２時 |  |  | 所在地： |
| ３時 |  |  | 送迎方法（自動車・バス等） |
| ４時 |  |  |  |
| ５時 |  |  | 移動経路（バス停・駅名等）・所要時間 |
| ６時 |  |  | 自宅→ |
|  |  |  | →目的地 |
|  |  |  | 所要時間：　　　　　　　時間　　　　分 |

**※記入内容に不正な事実があったことが判明した場合、給付認定を取り消すことがあります。**