

# 介護・看護申立書

令和 年 月 日

申立者

住 所

氏 名

保育所の入所申込にあたり介護（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）<br>が必要な方        | (ふりがな)<br>氏 名  | 児童との続柄 | 生年月日                     | 性別 |
|                        |  |        | 大・昭・平・令<br>年 月 日<br>( 歳) |    |
| 介護（看護）<br>を必要とする<br>理由 | 病名・障がい名： _____<br>障 害 者 手 帳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（障がいの程度 _____ 級）<br>介護保険の利用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（要介護 _____ ・ 要支援 _____）<br>そ の 他：  |        |                          |    |
| 介護（看護）<br>の具体的内容       | <input type="checkbox"/> 自宅看護（介護） <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添<br><input type="checkbox"/> 入院付添<br>・入院期間：平成・令和 年 月 日 ～<br>令和 年 月 日<br>・退院予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 通所証明書<br><input type="checkbox"/> その他 |        |                          |    |

| 保育所名 | 児童名 | 児童生年月日      |
|------|-----|-------------|
|      |     | 平成・令和 年 月 日 |
|      |     | 平成・令和 年 月 日 |
|      |     | 平成・令和 年 月 日 |

（裏面へ続く。）

| 1日のスケジュール |  |
|-----------|--|
| 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       |  |
| 20時       |  |
| 21時       |  |
| 22時       |  |
| 23時       |  |
| 24時       |  |
| 1時        |  |
| 2時        |  |
| 3時        |  |
| 4時        |  |
| 5時        |  |
| 6時        |  |

| 週間・月間スケジュール     |        |
|-----------------|--------|
| 介護（看護）にあたっている日数 |        |
| 1週間あたり：         | _____日 |
| 1か月あたり：         | _____日 |
| 通院・通所に付添う日数     |        |
| 1週間あたり：         | _____日 |
| 1か月あたり：         | _____日 |

| 通院・通所に付添う場合の経路と時間等 |                |
|--------------------|----------------|
| ①通院・通所先            |                |
| 施設名：               | _____          |
| 所在地：               | _____          |
| 送迎方法（自動車・バス等）      |                |
| _____              |                |
| 移動経路（バス停・駅名等）・所要時間 |                |
| 自宅→                | _____ →目的地     |
| 所要時間：              | _____時間 _____分 |
| ②通院・通所先            |                |
| 施設名：               | _____          |
| 所在地：               | _____          |
| 送迎方法（自動車・バス等）      |                |
| _____              |                |
| 移動経路（バス停・駅名等）・所要時間 |                |
| 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、入所・在籍を取り消すことがあります。