

児童名	※施設利用(申込)児童	生年月日	利用中又は第一希望の施設名	※該当する方に○
		年 月 日		利用中・申請中
		年 月 日		利用中・申請中
		年 月 日		利用中・申請中

申 立 書(介護・看護)

厚木市長宛
厚木市福祉事務所長宛

次のとおり同居又は長期入院等している親族の介護(看護)をしているため、児童の保育が必要である旨申し立てます。

	氏 名	児童との続柄	年齢	住 所
介護・看護にあたる方				
介護・看護が必要な方				
介護・看護を必要とする理由	☐ 身体障害者手帳		種 級	発行官公署名()例：神奈川県
	☐ 療育手帳		A・B / 1・2	発行官公署名()例：神奈川県
	☐ 精神障害者保健福祉手帳		級	発行官公署名()例：神奈川県
	☐ 介護保険被保険者証		要介護・要支援 / 1・2・3・4・5	
	☐ その他の介護・看護		病名()	
介護・看護の状況	食事	一人でできる・一部介助・全介助		
	入浴・洗顔等	一人でできる・一部介助・全介助		
	排泄	一人でできる・一部介助・全介助		
	特別な医療・介護・看護等	無・有()		
介護・看護日数	介護・看護にあたっている日数	一週あたり 日	一か月あたり 日	
	通院・通所に付き添う日数	一週あたり 日	一か月あたり 日	
その他の具体的な介護・看護内容				

1日の介護・看護スケジュール

6:00	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	20:00	21:00
例	←→ 起床 洗顔等	←→ 食事介助	←→ 医師診察等			←→ 食事介助		←→ 入浴介助		←→ 食事介助		←→ 就寝中の体位変換			
(排泄介助が日に平均6回) (体位変換を2時間に1回)															

※入所・入園、施設等利用給付認定開始時、継続利用審査時に要介護認定又は障害者手帳等をお持ちでない場合は、診断書等の提出が必要です。

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日 申立者(介護・看護にあたる方) _____