

## ◆施設記入欄

継続 ・ 新規	番号
---------	----

## ◆保護者記入欄

(施設名)	児童氏名	(平・令 年 月 日)
	申請者の児童との関係	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ( )

※ 申請中の場合は、第1希望の施設名を記入してください。

※ 申請児童が2人以上いる場合は、人数分を用意してください。(コピー可。)

## 介護・看護状況申告書

## ◆介護・看護者記入欄 (※介護・看護を受けている人が医療機関等を利用している場合は、本書下部に医療機関等の証明が必要です。)

氏名 (介護・看護を行う人)	住所						
介護・看護を受ける人	氏名	年齢	歳				
	続柄	児童の 父・母・祖父(父方・母方)・祖母(父方・母方)・その他( )					
	住所						
病名							
症状等 (介護・看護が必要な理由も記入)	身体障害手帳 級、精神障害者保健福祉手帳 級、療育手帳 A・B1・B2 要介護認定の有無：要介護( )・要支援、介護サービス利用の有無：無・有 (介護・看護が必要な理由)						
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他( )						
その他具体的な 介護・看護内容							
介護・看護に 要する時間	1週間あたり： 時間 分、1箇月あたり： 時間 分						
<b>【1週間の介護・看護の状況】</b>							
時間帯／曜日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	<b>【記入例】</b>
～ 8:00							起床
8:00 ～							朝食介助
9:00 ～							
10:00 ～							随時、排泄介助
11:00 ～							
12:00 ～							昼食介助
13:00 ～							
14:00 ～							随時、排泄介助
15:00 ～							
16:00 ～							入浴介助
17:00 ～							夕食介助
18:00 ～							随時、排泄介助
19:00 ～							就寝

## ◆医療機関等記入欄

氏名			
受診状況	通院(月・週 日程度)・その他( )		
	入院(期間など: )		
病名			
症状			
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
令和 年 月 日	医療機関名		
	住所		
	医師名		

## 【注意事項】

この書類は、保育の支給認定、利用調整及び施設等利用給付認定の際の資料となるため、事実のとおりに入力してください。(必要に応じ、徳島市から医療機関等に問い合わせることがあります。)

なお、虚偽の記載があった場合は、認定及び認可保育施設の利用の取消その他、給付済の利用費や保育に要した費用の返還を求められることがあります。