

# 介護・看護状況申告書

矢吹町教育委員会

介護・看護者について

|       |                |   |   |   |   |
|-------|----------------|---|---|---|---|
| 申告年月日 | 令和             | 年 | 月 | 日 |   |
| 氏名    | ①              |   |   |   | 〔続柄: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )〕 |
| 住所    | 矢吹町 番地         |   |   |   |   |
| 児童氏名  | 〔児童生年月日 年 月 日〕 |   |   |   |   |

私は、 介護・看護  入院・通院・通所のための付添 をしているので、次のとおり申告します。  
 介護・看護 または 入院・通院・通所のための付添をしている日の状況については、別紙「タイムスケジュール」のとおりです。

|                     |   |               |  |
|---------------------|---|---------------|--|
| ふりがな                |   | 児童との続柄        |  |
| 看護・介護を受ける方          |   |               |  |
| 住所                  | <input type="checkbox"/> 介護・看護者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる( )  |               |  |
| 生年月日                | 年 月 日   | 年齢            |  |
| 疾病・障害               |   |               |  |
| 障害者手帳の所持            | <input type="checkbox"/> なし   |               |  |
|                     | <input type="checkbox"/> あり   |               |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳  | ( 県 第 号 等級: ) |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 療育手帳   | ( 県 第 号 等級: ) |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳  | ( 県 第 号 等級: ) |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 申請中 ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 )  |               |  |
| 要支援・要介護認定、障害支援区分の認定 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請したが非該当だった   |               |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 申請中 ( 要支援・要介護、障害支援区分 )   |               |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 認定あり ( 要支援・要介護 _____、障害支援区分 _____ )  |               |  |
| 介護保険・障害福祉サービスの利用    | <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している(サービスの種類 )  |               |  |
| 介護・看護の状況について        | <input type="checkbox"/> 自宅介護・看護  |               |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事援助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他( )                           |               |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 入院・通院付添  |               |  |
|                     | 入院・通院先 ( )<br>所在地 ( )<br>退院・通院終了見込 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日(ごろ)予定 )  |               |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 施設通所付添 ( 往路・復路 )   |               |  |
|                     | 通所先施設名 ( )<br>所在地 ( )<br>利用交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設の送迎 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 |               |  |
| 介護・看護に要する時間         | 週・月に 日( 週・月に 時間)  |               |  |
| その他具体的な介護・看護内容      |   |               |  |

**記入例**

- ・きょうだいで入園(希望)中の場合も、提出は一枚で構いません。
- ・黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入またはチェックを入れてください。
- ・記入内容を訂正する場合は、当該訂正箇所に二重線を入れ、訂正印を押し空白に正しい内容を記入してください。
- ・記入日時点の状況を、事実のとおり記入してください。

**介護・看護状況申告書**

矢吹町教育委員会

介護・看護者について

認印をお願いします。(スタンプ印不可)

|       |   |
|-------|---|
| 申告年月日 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日   |
| 氏名    | 矢吹 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">矢吹</span> (続柄: <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )) |
| 住所    | 矢吹町 〇〇〇100 番地 ××アパート△号室   |
| 児童氏名  | 矢吹 二郎 (児童生年月日 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日)   |

どちらかにチェックを入れてください。

私は、 介護・看護  入院・通院・通所のための付添 をしているので、次のとおり申告します。  
 介護・看護 または 入院・通院・通所のための付添をしている日の状況については、別紙「タイムスケジュール」のとおりです。

|                     |  |    |   |      |
|---------------------|--|----|---|------|
| ふりがな                | やぶき なつこ  |    | 児童との続柄  | 父方祖母 |
| 看護・介護を受ける方          | 矢吹 夏子  |    |   |      |
| 住所                  | <input checked="" type="checkbox"/> 介護・看護者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる( )  |    |   |      |
| 生年月日                | 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  | 年齢 | 〇〇 歳  |      |
| 疾病・障害               | 脳梗塞 ←  |    | 児童との続柄、疾病・障がい名は、正確に記入してください。複数の疾病・障がいがある場合は、介護・看護の原因となるものを記入してください。 |      |
| 障害者手帳の所持            | <input type="checkbox"/> なし<br><input checked="" type="checkbox"/> あり<br><input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 福島 県 第〇〇 号 等級: 1 )<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 ( 県 第 号 等級: )<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 県 第 号 等級: )<br><input type="checkbox"/> 申請中 ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ) |    |   |      |
| 要支援・要介護認定、障害支援区分の認定 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請したが非該当だった<br><input type="checkbox"/> 申請中 ( 要支援・要介護、障害支援区分 )<br><input checked="" type="checkbox"/> 認定あり ( 要支援 <b>要介護</b> 4、障害支援区分 5 )   |    |   |      |
| 介護保険・障害福祉サービスの利用    | <input type="checkbox"/> 利用していない <input checked="" type="checkbox"/> 利用している(サービスの種類 <b>訪問介護</b> )  |    | 複数回答可。  |      |
| 介護・看護の状況について        | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅介護・看護<br><input type="checkbox"/> 家事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 食事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 衣服着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他( )   |    | ←   |      |
|                     | <input type="checkbox"/> 入院・通院付添<br>入院・通院先 ( )<br>所在地 ( )<br>退院・通院終了見込 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日(ごろ)予定 )   |    | 該当するものに○を記入してください。  |      |
|                     | <input type="checkbox"/> 施設通所付添 ( 往路・復路 )<br>通所先施設名 ( )<br>所在地 ( )<br>利用交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設の送迎 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩   |    | ←   |      |
| 介護・看護に要する時間         | 週・月 に 〇〇 日( 週・月 に 〇〇 時間)   |    |   |      |
| その他具体的な介護・看護内容      |  |    |   |      |