

〈様式 2-3〉

利用施設・事業（予定）			
フリガナ 児童氏名		生 年 月 日	
		年	月 日

※きょうだい児で入所（申請）している場合、一番下の子の名前を記入してください。

介護（看護）状況申告書

記入日： 年 月 日

（あて先）松戸市長

氏名 _____ 印

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 必要な方について	(フリガナ)	児童と の続柄		
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
介護（看護）を 必要とする理由	病名・障害名： 手帳の有無： 無 ・ 有 （障害の程度： _____ 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	・ 自宅介護（看護） ・ 通院付添 ・ 施設通所付添 ・ 入院付添（入院予定期間： 年 月 日 ～ 年 月 日） （退院予定： 無 ・ 未定） ・ その他			
添付書類 児童の保育を必要とする程度に介護（看護）が必要となることを証明する書類等の原本又は写し	<input type="checkbox"/> 診断書 <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 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 通所証明書 <input type="checkbox"/> その他			

（注）常時介護（看護）が必要で無い場合は、例え親族が疾病状態にあっても施設等利用給付2号・3号の要件をみたしているとはみなされません。

裏面に続きます

《1日のスケジュール》 平均的な1日のスケジュールを記入して下さい。

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・通所に付き添う日数	1週間あたり： 日 / 1か月あたり： 日

《通院・通所に付き添う場合の経路と時間等》

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)	自宅 /	⇒	⇒	⇒ 目的地
所要時間	(分)	(分)	(分)	

(2箇所に通っている場合)

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)	自宅 /	⇒	⇒	⇒ 目的地
所要時間	(分)	(分)	(分)	

(注) 記入内容に不正な事実があった事が判明した場合、入園・在園を取り消す事があります。