

*保護者記入欄（必ず記入してください）

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|
| 入園施設名 | | | | | | |
| フリガナ 児童氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |

介護（看護）状況申告書

記入日：令和 年 月 日

（あて先）松戸市長

介護（看護）にあたる方の氏名 _____

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) |
| 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： _____） 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 | <input type="checkbox"/> 自宅介護（看護） <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添 <input type="checkbox"/> 入院付添（入院予定期間： 年 月 日～ 年 月 日） （退院予定： 無 ・ 未定） <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）を必要とするこ 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保育を必要とする要件があ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、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。