

介護(看護)状況申立書

令和 年 月 日

須恵町長あて

住所：須恵町大字

介護(看護)する人：

利用(希望)児童名：

※利用(希望)児童が複数名いる場合、年長児の氏名をご記入ください。

利用(希望)施設名：

※第1希望の利用(希望)施設名をご記入ください。

次のとおり介護(看護)を行っているため、保育が出来ないことを申立てします。

要介護(看護)者住所	<input type="checkbox"/> 同上		
要介護(看護)者氏名		介護(看護)する人 から見た続柄	
介護・看護の状況 ※①と※②は、それぞれご記入をお願いします。 ※①:該当する項目に☑を いれてください。 ※②:各項目に記入をお願いします。	※①	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級)	} 各種障害者手帳の写しを添付
		<input type="checkbox"/> 療育手帳()	
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級)	
	介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護()・ <input type="checkbox"/> 要支援() → 介護保険証の写しを添付	
	<input type="checkbox"/> その他(病名) → 診断書等を添付		
※②	介護・看護に当たっている日数・時間	1月当たり 約____日, ____時間	
	通院・通所に付き添う日数	1月当たり 約____日	
	通院回数・付き添い時間	週____日, ____時間程度	
通院等利用施設名		連絡先: - -	
備考欄 (要介護(看護)者の 症状や通院・通所に 関する詳細など)			

- ・この申立書は、保育の支給認定及び利用調整時の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。
- ・必要に応じ、通院先、通所先又は介護・看護される人に問い合わせすることがあります。
- ・虚偽の記載を行った場合は、保育施設申込みを取り消すことがあります。

(問い合わせ先)

須恵町役場 子育て支援課 TEL : 092-932-1459