

看護（介護）状況申告書

うるま市長様

令和 年 月 日

下記のとおり、看護（介護）をしているため、家庭にて保育することができませんので、申告いたします。

申告者住所	
申告者氏名	
電話番号	

看護・介護にあたる方 (申告者)	住所		生年月日	年 月 日						
	氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母 その他 ()						
看護・介護が必要な方	住所		生年月日	年 月 日						
	氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母 その他 ()						
看護・介護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 号級 (手帳写しを添付) <input type="checkbox"/> 療育手帳 度 (手帳写しを添付) <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉保健手帳 級 (手帳写しを添付) <input type="checkbox"/> 介護保険手帳 要介護 () 級・要支援 () 級 (手帳写しを添付) <input type="checkbox"/> その他の疾病 (病名:)									
看護・介護の状況	① 該当する項目をチェックしてください。									
	歩行	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	入浴	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	② 看護・介護日数 ・ 看護・介護にあっている日数 1週間あたり () 日 ・ 通院・通所に付き添う日数 1週間あたり () 日 ③ 医療・介護制度等利用 1. 訪問(看護・介護)の利用 1日 () 時間・1週 () 日利用 2. デイケア等の利用 1日 () 時間・1週 () 日利用 ④ 特別な医療・看護・介護等 1. 有 (内容:) 2. 無									
1日の平均的な介護(看護)スケジュール	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	その他特記事項					

	児童氏名	児童生年月日	園名
入所(申込)児童		R・H . . .	(入所中・申込中)
		R・H . . .	(入所中・申込中)
		R・H . . .	(入所中・申込中)

※ 別紙の、「診断書(同居親族の看護・介護用)」を添えて提出してください。

連絡先: うるま市役所 こども未来部 保育こども園課 TEL: 098-973-5427