

## 介護・看護状況申告書

年 月 日

渋谷区長 殿

保育園の（申込・継続）にあたり、保護者が（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。また、介護・看護が必要な親族は同居人です。

保護者住所：渋谷区 \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_

（または介護・看護する人）

児 童 名： \_\_\_\_\_

在籍園（第一希望園）： \_\_\_\_\_

| 介護・看護が必要な人                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                               |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                          | 保護者との続柄                       |                  |
| 介護・看護を必要とする理由（※手帳や診断書等の写しを添付してください。）                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                          |                               |                  |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳： _____ 種 _____ 級<br><input type="checkbox"/> 愛の手帳： _____ 度<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳： _____ 級<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証：要介護 _____ ・ 要支援 _____<br><input type="checkbox"/> その他（診断書等）： _____ |                                                                                                                                                          |                               |                  |
| 介護・看護の状況                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |                               |                  |
| 日数                                                                                                                                                                                                                                                    | （週・月）                      日    （月・火・水・木・金・土・日）                                                                                                          |                               |                  |
| 時間                                                                                                                                                                                                                                                    | 通 常：                                                                                                                                                     | 時      分      ～      時      分 | （平均      時間/日）   |
|                                                                                                                                                                                                                                                       | その他：                                                                                                                                                     | 時      分      ～      時      分 | （平均      時間/日）   |
| 介護・看護をする場所                                                                                                                                                                                                                                            | （☑をつけて必要事項を記入してください）<br><input type="checkbox"/> 介護・看護を受ける人の自宅<br><input type="checkbox"/> 病院（名称／所在地 _____）<br><input type="checkbox"/> 施設（名称／所在地 _____） |                               | 移動時間<br>（自宅→施設等） |
|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |                               | 分                |
| 介護・看護の内容                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |                               |                  |