④-3　令和　年度（20　年度）

介護・看護・付添状況申告書

［児童くらぶ用］

伊丹市長　様

伊丹市立児童くらぶの入所（申請）にあたり、次のとおり申告いたします。

住　所							
介護・看護・付添をする方の氏名		生年月日	年　月　日	児童との続柄	父・母・その他（　）		
フリガナ / 児童氏名		年　月　日生	児童くらぶ名	児童くらぶ	入所中 □	申請 □	
フリガナ / 児童氏名		年　月　日生	児童くらぶ名	児童くらぶ	入所中 □	申請 □	
フリガナ / 児童氏名		年　月　日生	児童くらぶ名	児童くらぶ	入所中 □	申請 □	

※伊丹市立児童くらぶに在籍又は申請中の児童全員を連名で記入してください。

介護・看護・付添を受ける方の氏名		生年月日	年　月　日	児童との続柄	
介護・看護・付添先	□ 病院　□ 施設　□ 自宅				
住 所	□ 同居　□ 別居　（　）				
病名等		病院・施設名			
介護・看護・付添を必要とする具体的な理由					
提出書類（コピー）	□ 身体障害者手帳　□ 介護保険証（要介護又は要支援認定されているもの） □ 療育手帳　□ 診断書 □ 精神障害者保健福祉手帳　□ その他				
現在の状況	□ 通院・訓練　□ 介護ヘルパー利用中 □ 入院　（ 退院予定:　月　日 ）　□ デイサービス利用中 □ 施設入院中　□ その他　（　）				
介護・看護・付添の状況	（日数）　週　回 □ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日、祝祭日				
	（時間）　1日　時間　（　時　～　時頃まで　）				
	病院・施設等への付添	□ 無　□ 有	曜日	□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日、祝祭日	
			時間	時　～　時頃	

※ 事実と違う申告をした場合は、児童くらぶの入所・継続ができない場合があります。

※ 内容について記入者等に確認することもありますので、ご了承ください。