

# 介護・看護・付添状況申告書

	保育施設	(受付)
受付日	/ /	
受付者		

伊丹市長 様

保育施設入所(申請)にあたり、次のとおり申告いたします。

年 月 日

住 所					
介護・看護・付添 をする方の氏名 ふりがな	⑩ ※自署の場合⑩不要	生年月日	年 月 日	児童との続柄	父・母・その他( )
入所(申請) 児童氏名	入所(希望) 保育施設名				

※就学前施設に在籍又は申請中の子ども全員を連名で記入してください

## ① 介護・看護・付添を受けられる方についてご記入ください。

介護・看護・付添 を受ける方の氏名			生年月日	年 月 日
住所			児童との続柄	
病名等			病院・施設名	
治療・訓練期間	年 月 日 ~		<input type="checkbox"/> 年 月 日 (見込)	
			<input type="checkbox"/> 未定・不明	
現在の状況	1 通院・訓練 ( 週・月 回 )		3 施設入所中	
	2 入院 ( 退院予定:平成 年 月・未定 )		4 デイサービス利用中	
			5 介護ヘルパー利用中	
提出書類 (コピー可)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳		<input type="checkbox"/> 介護保険証 (要介護又は要支援認定されているもの)	
	<input type="checkbox"/> 診断書(保護者:教育保育課様式) (保護者以外:様式指定なし)		<input type="checkbox"/> その他	

## ② 介護・看護・付添を行う方についてご記入ください。

介護・看護・付添先	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 ( 様宅 )			
介護・看護・付添が 必要な期間	年 月 日 ~		<input type="checkbox"/> 年 月 日 (見込)	
			<input type="checkbox"/> 未定・不明	
介護・看護・付添 の状況	日数・時間	[ 日数 ] 週 回 ( 月 火 水 木 金 土 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	
			[ 主な時間 ] 時 ~ 時頃	