

# 介護・看護・付添状況報告書

伊丹市長 様

	保育施設	(受付)
受付日	/ /	
受付者		

年 月 日

報告者 ㊟

(児童との続柄: ) ※自署の場合㊟不要

※就学前施設に在籍もしくは申請中の子ども全員を連名で記入してください

入所(希望)保育施設名	ふりがな 児童氏名	生年月日
1. 保育所(園) こども園 申請中		年 月 日
2. 保育所(園) こども園 申請中		年 月 日
3. 保育所(園) こども園 申請中		年 月 日

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 ) 2 入院 ( 退院予定: 年 月・未定 )	3 施設入所中 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"/> 療育手帳 <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"/> 精神障害者保健福祉手帳 <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"/> その他	

② 介護・看護・付添を行う方(報告者)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 の実施状況	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 )
	該当する ものに☑ <input type="checkbox"/> 病院・施設等への付添 <input type="checkbox"/> 日常生活の動作援助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 社会生活の援助 <input type="checkbox"/> その他( )