

看護・介護等申出書

令和 年 月 日

長柄町長 あて

住 所 _____

児童氏名 _____

申請者 _____

被看護・介護者名 _____

下記の理由により保育できないため、申し出いたします。

記

1. 申請内容 看護 ・ 介護 (どちらかを○で囲む)

2. 病 名 _____

3. 対象者 父・母・祖父・祖母・その他()

4. 程 度 自宅療養・通院・入院

5. 病院名 _____ 病院・医院

6. その他(具体的な理由がある場合については記入してください)

[]

※添付書類

- 診断書
- 身障者手帳の写し
- 療育手帳の写し
- 介護保険被保険者証とケアプランの写し
- その他()

○被看護・介護者の状況

被看護・ 被介護者氏名	児童との 続柄	
被看護・介護者 住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ）	
被看護・介護者 の現在いる所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外 【 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）】	
被看護・介護を 必要とする理由	病名・状況等（ _____ ） 身体障害者手帳____種____級 精神障害者保健福祉手帳____級 難病医療費助成受給者証 自立支援医療受給者証（精神通院） 要介護状態区分 要介護[_____] 要支援[_____] その他（ _____ ）	
看護・介護の 日数・場所	自宅 被看護・介護者宅 通院（保護者が付添する回数のみ） 入所・入院先への面会等	1日____時間×週 ____日・月 ____日 1日____時間×週 ____日・月 ____日 _____月____日 1日____時間×週 ____日・月 ____日
被介護者が現在 利用している介 護・看護サービ ス、施設利用等	<input type="checkbox"/> なし 週____回・月____回 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 週____回・月____回 <input type="checkbox"/> 通所介護 週____回・月____回 <input type="checkbox"/> 訪問介護 週____回・月____回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション 週____回・月____回 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション 週____回・月____回 <input type="checkbox"/> ショートステイ 月____回 <input type="checkbox"/> 療育支援施設 週____回・月____回 <input type="checkbox"/> その他（具体的にお書きください） [_____]	

○通院・通所等状況（複数箇所ある場合は全て記入）

通院・通所先	名 称	_____
	所在地	_____
	通院日	週_____回 または 月_____回
施設利用 開始日	_____年_____月_____日 より利用開始	

通院・通所先	名 称	_____
	所在地	_____
	通院日	週_____回 または 月_____回
施設利用 開始日	_____年_____月_____日 より利用開始	

通院・通所先	名 称	_____
	所在地	_____
	通院日	週_____回 または 月_____回
施設利用 開始日	_____年_____月_____日 より利用開始	

○入院・入所等状況

入院・入所先	名 称	_____
	所在地	_____
	面会日	週_____回 または 月_____回
施設利用 開始日	_____年_____月_____日 より利用開始	