

介 護 ・ 看 護 申 立 書

令和 年 月 日

十和田市福祉事務所長 様
次のとおり申し立てます。

申立人 氏名 印 児童との続柄

住所

児童の氏名

利用(希望)保育施設

介護の場合 ※介護保険証の写しなど、介護が必要なことがわかる書類を添付してください。

介護が 必要な方	住所			
	氏名		児童との続柄	
介護が 必要な理由	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 () 手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 ()			
	日常の状況	<input type="checkbox"/> 独力で外出できる <input type="checkbox"/> 介助なしに外出できない <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ()		
介護場所・ 時間等	場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 要介護者宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 <input type="checkbox"/> 通院・通所の付添		
	病院・施設等	所在地		
		名称		
	介護時間	1日あたり()時間		
		月合計()時間		
通院・通所の付添	<input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回			

看護の場合 ※看護が必要な方の診断書などを添付してください。

看護が 必要な方	住所			
	氏名		児童との続柄	
看 護 の 内 容	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		傷病名	
	病院	所在地		
		名称		
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	看護時間	1日あたり()時間		
		月合計()時間		
	通院頻度	<input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回		
1日あたりの通院時間(移動を含む) ()時間				