

介護・看護申立書

年 月 日

(宛先) 昭和町長

申立者 住所 昭和町 _____

氏名 _____

下記のとおり、介護・看護しているため、保育できないことを申し立てます。

介護・看護が必要な方	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()
		生 年 月 日	年 月 日 (年齢 満 歳)
介護・看護が必要な方の住所			
介護・看護が必要とする理由	病名・障がい名 :		
	手帳の有無 :	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	介護保険の利用 :	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要介護_____)	
	その他 :	()	
介護・看護の日数・時間	介護日数 : 週____日/1ヵ月平均____日 時 間 : 平均1日____時間		
介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 自宅介護・看護 (<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 着脱衣補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助) <input type="checkbox"/> 通院付添い (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 施設通所付添い (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 入院付添い (期間: 年 月 日~ 年 月 日 (予定)) (施設名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
添付書類 1	介護・看護が必要なことがわかる書類の写しを合わせて提出ください <input type="checkbox"/> 診断書 (発行から3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <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"/> 療養手帳 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
添付書類 2	<input type="checkbox"/> スケジュール表 ※町様式		

※この申立書の内容に虚偽または事実と異なることが判明した場合は、保育施設を退所していただく場合があります。