

介 護 (看 護) 申 告 書

児 童 名	生 年 月 日	備 考
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
上 記 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()	

介護する人

氏 名		生年月日	S・H 年 月 日
住 所			
状 況	介護内容 <input type="checkbox"/> 起居介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 着替え介助 <input type="checkbox"/> 排せつ介助 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 移動・移乗介助 <input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	介護にあたる時間 週 _____ 日 月～金 (時 分 ～ 時 分) 土、日 (時 分 ～ 時 分) 介護場所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護を受ける人の家 <input type="checkbox"/> その他 () 介護の内容を詳しく記入してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

介護を受ける人

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
状 況	介護を受けることとなった病名等 () <u>※手帳、診断書等のコピーを添付してください。</u>		
	介護する人からみた続柄 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他()		

※上記枠内は保護者が記入して下さい。

上記のとおり申告します。

令和 年 月 日

氏 名

⑩