

介護状況申告書

令和 年 月 日

練馬区教育委員会教育長 宛て

保育園等の申込み(通園継続)のため、保護者が介護にあたっている状況について、以下のとおり申告します。

住所 練馬区

フリガナ
保護者氏名 _____ 日中連絡先 ()
母・父・その他 ()

(該当する状況に○をしてください。)

フリガナ
児童氏名 _____ 申込中・在園中 ()

(該当する状況に○をしてください。)

フリガナ
児童氏名 _____ 申込中・在園中 ()

| | | | |
|----------------------|---|--------|-----------------|
| 介護にあたっている方の氏名 | | 続柄 | ※申込(在園)児童からみた続柄 |
| 介護が必要な方の氏名 | | 続柄 | ※申込(在園)児童からみた続柄 |
| 介護が必要な方の住所 | | | |
| 介護を必要とする理由 | ・身体障害者手帳 種 級 ・愛の手帳 度 ・精神障害者保健福祉手帳 級 ・自立支援医療受給者証 ・介護保険被保険者証・要介護度〔要介護()・要支援()〕 ・その他(病名) | | |
| ※添付書類が必要です | 1. 身体障害者手帳 2. 愛の手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳 4. 介護保険被保険者証 5. 診断書 6. 入院計画書等() 7. 難病の医療証 8. 自立支援医療受給者証 ※ 上記添付書類の番号に○を付け、コピーをご提出ください。 | | |
| 介護の状況 (○をつけてください) | 食事 | 一人でできる | ・ 一部介助 ・ 全介助 |
| | 入浴、洗顔等 | 一人でできる | ・ 一部介助 ・ 全介助 |
| | 排せつ | 一人でできる | ・ 一部介助 ・ 全介助 |
| | 特別な医療・介護等 | 無 | ・ 有() |
| 介護日数 | 介護にあたっている日数 | 1か月当たり | 日 |
| | 通院・通所に付添う日数 | 1か月当たり | 日 |
| その他の具体的な介護状況 | | | |

※記入例を参考に、必要事項をもれなくご記入ください。

裏面もご記入ください➡

☆通院・通所先

| | | | | |
|---|----|--------|-----|--------------|
| A | 名称 | | 所在地 | |
| | 日数 | 1か月当たり | 日 | 所要時間 時間 分 |
| B | 名称 | | 所在地 | |
| | 日数 | 1か月当たり | 日 | 所要時間 時間 分 |
| C | 名称 | | 所在地 | |
| | 日数 | 1か月当たり | 日 | 所要時間 時間 分 |
| D | 名称 | | 所在地 | |
| | 日数 | 1か月当たり | 日 | 所要時間 時間 分 |

☆1日の介護スケジュール

| | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 0時 | 1時 | 2時 | 3時 | 4時 | 5時 | 6時 | 7時 |
| | | | | | | | |
| 8時 | 9時 | 10時 | 11時 | 12時 | 13時 | 14時 | 15時 |
| | | | | | | | |
| 16時 | 17時 | 18時 | 19時 | 20時 | 21時 | 22時 | 23時 |
| | | | | | | | |

☆1か月の介護スケジュール 通院・通所先欄のA～Dをご記入ください。

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | | |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | | | | | |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | | | | |
| 29 | 30 | 31 | | | | |
| | | | | | | |