

介護・看護状況等申告書

《子ども・子育て支援制度支給認定用》

(あて先)仙台市長

記入日: 平成 年 月 日

住所: _____

保護者名: _____

児童氏名: _____

生年月日: 平成 年 月 日(歳)

利用(第一希望)保育施設等名: _____

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

介護・看護する方	氏名: _____	児童との続柄: _____	
介護・看護される方	氏名: _____	児童との続柄: _____	年齢: 歳
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: _____)		
介護・看護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B		
	<input type="checkbox"/> 介護保険証 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2		
	<input type="checkbox"/> その他(病名等: _____)		
	※選択した内容を証明する書類の提出が必要となります ※仙台市に住民登録している同居家族の身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・介護保険証の情報は、書類の写しの提出に代えて家庭健康課より本市担当課へ情報照会を行うことができます。		
介護保険・障害福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している(サービスの内容 _____)		
介護・看護の状況について	<input type="checkbox"/> 自宅での介護・看護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	<input type="checkbox"/> 入院・通院の付き添い 入院・通院先 (_____) 所在地 (_____)		
	<input type="checkbox"/> 施設通所の付き添い 通所先施設名 (_____) 所在地 (_____)		
介護・看護を行う、通院・通所に付き添う日数及び時間	1か月あたり	時間	
	1週間あたり	日	(月・火・水・木・金・土・日) ※介護・看護を行わない曜日があれば二重線で消してください。
	1日あたり	時間	(時 分 ~ 時 分)
その他具体的な介護・看護内容	_____		

※ 介護・看護される方が別居の場合、その世帯全員の住民票(仙台市外にお住まいの場合のみ)及び世帯員が介護・看護できないことを証明する書類を添付してください。

介護・看護状況等申告書

《子ども・子育て支援制度支給認定用》

記入例

※記入前に下記の注意書きをお読みください。
※油性ボールペンなど容易に消えないもので記入してください(摩擦熱でインクが消えるペンは使用しないでください)。

記入日: 平成 29 年 11 月 14 日

住所: 仙台市〇〇区△△町3丁目7-1

保護者名: 仙台 花子

児童氏名: 仙台 すみれ

生年月日: 平成 25 年 12 月 3 日(4 歳)

利用(第一希望)保育施設等名: 〇〇保育園

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

介護・看護する方	氏名: 仙台 花子	児童との続柄: 母	
介護・看護される方	氏名: 仙台 のり子	児童との続柄: 祖母	年齢: 65 歳
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)		
介護・看護を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 種 1 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2		
	<input type="checkbox"/> その他(病名等:) ※選択した内容を証明する書類の提出が必要となります ※仙台市に住民登録している同居家族の身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・介護保険証の情報は、書類の写しの提出に代えて家庭健康課より本市担当課へ情報照会を行うことができます。		
介護保険・障害福祉サービスの利用	<input checked="" type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している(サービスの内容)		
介護・看護の状況について	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅での介護・看護 <input checked="" type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 入院・通院の付き添い 入院・通院先 () 所在地 ()		
	<input type="checkbox"/> 施設通所の付き添い 通所先施設名 () 所在地 ()		
介護・看護を行う、通院・通所に付き添う日数及び時間	1か月あたり 118 時間		
	1週間あたり 5 日 (月・火・水・木・金・ 土 ・ 日) ※介護・看護を行わない曜日があれば二重線で消してください。		
	1日あたり 6 時間 (9 時 00 分 ~ 15 時 00 分)		
その他具体的な介護・看護内容			

介護・看護を要しない日を二重線で消してください。

※ 介護・看護される方が別居の場合、その世帯全員の住民票(仙台市外にお住まいの場合のみ)及び世帯員が介護・看護できないことを証明する書類を添付してください。