

介護・看護状況等申告書

《子ども・子育て支援制度用》

(あて先)仙台市長

記入日: 令和 年 月 日

住所: _____

保護者名: _____

児童氏名: _____

生年月日: _____ 年 月 日 (歳)

利用(第1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。

また、保育の必要性の確認に必要な範囲で、本市が市内に住民登録している同居家族の療育手帳の情報を閲覧・照会することに同意します。

※同意しない場合、前に掲げた文を二重線で消してください。その場合、別途書類の添付が必要となります。

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"/> 介護保険被保険者証 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2		
	<input type="checkbox"/> その他(病名等: _____)		
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: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所: 仙台市○○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 27 年 12 月 3 日 (5 歳)

利用(第1希望)保育施設等名: ○○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。

また、保育の必要性の確認に必要な範囲で、本市が市内に住民登録している同居家族の療育手帳の情報を閲覧・照会することに同意します。

※同意しない場合、前に掲げた文を二重線で消してください。その場合、別途書類の添付が必要となります。

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"/> 介護保険被保険者証 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2		
	<input type="checkbox"/> その他(病名等:)		
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。