

看 護 ( 介 護 ) 状 況 申 立 書

年 月 日

西 原 町 長 殿

下記のとおり、看護(介護)をしているため、児童を家庭にて保育することができませんので、申し立てします。

| 児童名 | 生年月日 | 利用(希望)施設名 |
|-----|------|-----------|
|     | ・    | 在園・新規     |
|     | ・    | 在園・新規     |
|     | ・    | 在園・新規     |

| 看護・介護にあたる方(申告者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 住 所                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  | 生 年 月 日                         | 年 月 日                                  |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 氏 名                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  | 児童との続 柄                         | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母<br>その他( )              |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 看護・介護が必要な方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 住 所                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  | 生 年 月 日                         | 年 月 日                                  |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 氏 名                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  | 児童との続 柄                         | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母<br>その他( )              |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 看護・介護を必要とする理由<br><br>※診断書・手帳等の写しを添付してください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 身 体 障 害 者 手 帳 種 号 級<br><input type="checkbox"/> 療 育 手 帳 度<br><input type="checkbox"/> 精 神 障 害 者 福 祉 保 険 手 帳 級<br><input type="checkbox"/> 介 護 保 険 手 帳 要介護( )級 ・ 要支援( )級<br><input type="checkbox"/> そ の 他 の 疾 病 (病名 : ) |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 看護・介護の 状 況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ① 該当する項目をチェックしてください。                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <table><tr><td rowspan="3">歩 行</td><td><input type="checkbox"/> 一人で行ける</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 一部介助</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 全介助</td></tr></table> | 歩 行                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 一人で行ける | <input type="checkbox"/> 一部介助          | <input type="checkbox"/> 全介助   | <table><tr><td rowspan="3">食 事</td><td><input type="checkbox"/> 一人で行ける</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 一部介助</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 全介助</td></tr></table> | 食 事                                 | <input type="checkbox"/> 一人で行ける          | <input type="checkbox"/> 一部介助       | <input type="checkbox"/> 全介助    | <table><tr><td rowspan="3">入 浴</td><td><input type="checkbox"/> 一人で行ける</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 一部介助</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 全介助</td></tr></table> | 入 浴 | <input type="checkbox"/> 一人で行ける | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <table><tr><td rowspan="3">排 泄</td><td><input type="checkbox"/> 一人で行ける</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 一部介助</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 全介助</td></tr></table> | 排 泄 | <input type="checkbox"/> 一人で行ける | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 歩 行                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 一人で行ける |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| <input type="checkbox"/> 一部介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 食 事                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 一人で行ける                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 一部介助                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 入 浴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 一人で行ける                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 一部介助                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 排 泄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 一人で行ける                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 一部介助                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| ② 該当時間にチェックしてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| <table><tr><th>日 数</th><th>時 間</th></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 月21日以上 (5日/週)</td><td><input type="checkbox"/> 8時間以上</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 月16日～20日 (4日/週)</td><td><input type="checkbox"/> 6時間以上8時間未満</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 月12日～15日 (3日/週)</td><td><input type="checkbox"/> 4時間以上6時間未満</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 月12日未満</td><td><input type="checkbox"/> 4時間未満</td></tr></table> |                                                                                                                                                                                       | 日 数                                                                                                                                                                                                                                              | 時 間                             | <input type="checkbox"/> 月21日以上 (5日/週) | <input type="checkbox"/> 8時間以上 | <input type="checkbox"/> 月16日～20日 (4日/週)                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 6時間以上8時間未満 | <input type="checkbox"/> 月12日～15日 (3日/週) | <input type="checkbox"/> 4時間以上6時間未満 | <input type="checkbox"/> 月12日未満 | <input type="checkbox"/> 4時間未満                                                                                                                                                        |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 日 数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 時 間                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| <input type="checkbox"/> 月21日以上 (5日/週)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 8時間以上                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| <input type="checkbox"/> 月16日～20日 (4日/週)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 6時間以上8時間未満                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| <input type="checkbox"/> 月12日～15日 (3日/週)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 4時間以上6時間未満                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| <input type="checkbox"/> 月12日未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 4時間未満                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 具体的な看護・介護内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
| 1 日 の 平均的な看護・介護スケジュール                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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時以降                               | そ の 他 特 記 事 項                            |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                |                                                                                                                                                                                       |                                     |                                          |                                     |                                 |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |                                                                                                                                                                                       |     |                                 |                               |                              |

※ 看護(介護)を必要とする理由のわかる診断書、手帳等を添付してください。