

様式第 5 号（第 5 条関係）

児童氏名	_____	生年月日	_____	年	_____	月	_____	日	_____
☐	在所中	在所保育施設名	_____	※在所中か申請中のいずれかに					
☒ をつけてください。									
☐	申請中	(	_____	)	年	(	_____	)	月入所希望で申請

介護・看護状況申告書

年 月 日

小川町長 宛て

【介護・看護にあたっている方】 住 所 小川町

保護者氏名

支給認定の申請にあたり、保護者が介護・看護にあたっている状況について次のとおり申告します。

介護・看護が必要な方の 氏 名		続柄	(介護・看護にあたっている方からみて)
介護・看護が必要な方の 住 所			
介護・看護が必要とする 理 由	☐ 身体障害者手帳 級 療育手帳 () ☐ 精神障害者保健福祉手帳 級 ☐ 介護保険証・介護認定 要介護 () 要支援 () ☐ その他 (病名)		
介護の状況 (○をつけてください)	食事 ・一人で行える ・一部介助 ・全介助 入浴、洗顔など ・一人で行える ・一部介助 ・全介助 排泄 ・一人で行える ・一部介助 ・全介助 特別な医療・介護等 ・なし ・あり ()		
介護日数	介護（通院・通所の付き添いを含む）に あたっている時間数	1 週間あたり 時間	
その他の具体的な 介護内容			

- 注意事項
- 1 申告の内容に不正（虚偽）が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
 - 2 介護・看護を必要とする理由については、該当するものの症状が確認できる書類（身体障害者手帳の写しや診断書など）を添付してください。