

※保護者が記入してください

児 童	氏 名 (ふりがな)	生年月日	年齢	施設名	
		平成 年 月 日生			新規・継続
		平成 年 月 日生			新規・継続
		平成 年 月 日生			新規・継続

介 護 ・ 看 護 申 立 書

桜川市長 様

私は、現在下記のとおり介護(看護)していることを申し立てます。

平成 年 月 日

申立者住所

申立者氏名

印

児童との続柄

記

介護・看護を受けている方	氏 名	
	住所(別居の場合のみ)	
	生年月日	
	児童との続柄	
	要介護度 (介護認定を受けている場合)	
	利用しているサービス	デイサービス 週 回 ショートステイ 週 回 ヘルパー 週 回 その他 週 回
	障がい・傷病等について	障害者手帳 級 ・ なし 傷病名 ()
介護・看護の状況	介護(看護)の内容	
	介護(看護)の日数	週 日 ・ 一カ月平均 日
	介護(看護)している時間	時 分 ～ 時 分
	介護(看護)している場所	☐ 入院 ☐ 入所・通院 ☐ 在宅
添付書類 ※必ずいずれかひとつ添付	☐ 障害者手帳のコピー ☐ 介護保険被保険者証のコピー ☐ 診断書 ☐ その他 ()	

介護計画表

(介護を受ける人の氏名)

(介護をする人の氏名)

時間帯		月	火	水	木	金	土
午前	6:00						
	7:00						
	8:00						
	9:00						
	10:00						
	11:00						
午後	12:00						
	13:00						
	14:00						
	15:00						
	16:00						
	17:00						
	18:00						
	19:00						