

看護・介護申立書

日出町長 様

令和 年 月 日

私は、子どもの保育所等の入所に関しまして、下記のとおり親族の看護・介護をする必要があるため、保育の必要性を申立します。
申立内容に変更があった場合には、直ちに日出町子育て支援課まで届出し、また、申立内容に虚偽があった場合には、子どもの保育所の入所決定を取り消されても異議申立てしません。

ふりがな		続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()
保護者名		連絡先	— —
ふりがな		施設名	
児童名			

※児童が2名以上の場合は、連名で記入してください。

□ 看護

(看護が必要な方の病状等がわかる診断書等を必ず添付し、裏面の申立欄に状況を記入してください。)

看護を行っている方	ふりがな 氏名		看護が必要な方	ふりがな 氏名		保護者との続柄	
看護の内容 (入院)	疾病名						
	入院先病院名						
	入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日 (見込)				
看護の内容 (通院)	疾病名						
	通院先病院名						
	通院期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
	通院頻度		月に 回 (週に 回)				

□ 介護

(介護が必要な方の病状等がわかる診断書等、または各種手帳等を必ず添付し、裏面の申立欄に状況を記入してください。)

介護を行っている方	ふりがな 氏名		介護が必要な方	ふりがな 氏名		保護者との続柄	
介護を必要とする理由	☐ 身体障害者手帳〔 〕種〔 〕級 ☐ 療育手帳 判定〔 〕						
	☐ 精神保健福祉手帳〔 〕級 ☐ 介護保険証 要介護・要支援〔 〕						
	☐ その他 ()						
介護する場所・頻度等	日常の状態	☐ 生活自立(独力で外出できる) ☐ 準寝たきり(介助なしに外出できない) ☐ 寝たきり(主に日中もベッドで生活) ☐ その他 ()					
	自宅	月に () 日 1日あたり () 時間					
	自宅外	月に () 日 1日あたり () 時間					
	通院・通所の付き添い	名 称					
		住 所					
	月に () 日 1日あたり () 時間						

※介護等が必要な方の病状等がわかる医師診断書等、または各種手帳等(写)を必ず添付してください。
※診断書等の添付資料がない場合は、状況把握が出来ず保育の必要性の認定が行えない場合があります。
※介護等で保育施設等を利用する場合は、状況調査のため職員が訪問することがありますので、ご了承ください。

[illegible]