

介護・看護状況申告書

中間市長 殿

児童氏名	(平成・令和 年 月 日生)						
介護・看護を行う方の氏名						続柄：児童の()	
介護・看護を行う方の住所							
介護・看護を受ける方	(昭和・平成・令和 年 月 日生)						
介護・看護を受けの方の続柄	児童の(父・母・きょうだい・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・)						
介護・看護を受ける方の住所							
介護・看護状況	入院・通院(通所) (月・週 日程度)・在宅						
病名							
症状	身体障害者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 級・療育手帳 A・B1・B2 要介護認定：要介護()・要支援 介護サービス利用：無・有						
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他						
※ 介護・看護の状況について記入してください(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)							
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
～ 8:00							
8:00 ～							
9:00 ～							
10:00 ～							
11:00 ～							
12:00 ～							
13:00 ～							
14:00 ～							
15:00 ～							
16:00 ～							
17:00 ～							
18:00 ～							

※この申告書は保育の支給認定および利用調整(選考)の際の資料となるため、事実のとおりにご記入ください。記入漏れ等がある場合はお問い合わせすることがあります。

※この申告書は、中間市の認可保育所等の利用資格を認定(支給認定)するための書類です。虚偽の記載・証明があった場合は、保護者の支給認定を取り消すことがあり、保育施設・事業を利用できなくなる場合があります。また、保育に要した費用の全額または一部について、中間市から返還を求めることがあります。