

介護・看護申立書

豊見城市長 殿

令和 年 月 日

申立者 住 所

氏 名

保護者が介護・看護に当たっている状況について、下記のとおり申し立てます。

介護・看護が必要な方	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	児童との続柄	
	氏 名	生年月日	年 月 日	
介護・看護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 (病名:) <input type="checkbox"/> 介護保健被保険者証 (<input type="checkbox"/> 要介護 級 / <input type="checkbox"/> 要支援 級) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ()			
介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 自宅介護・看護 (別居含む) ※対象となる介助項目を選択してください。 [<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他 ()]			
	〔主な介護・看護内容〕 ※なるべく具体的に記入してください。 〔同居でない方を介護・看護する理由〕			
		<input type="checkbox"/> 通院・施設通所付添い (週 日) 〔病院・利用施設〕 住所: 名称:		

保護者記入欄	【児童との続柄】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	児童氏名	生年月日	保育所(園)名
		年 月 日	(在園・申込中)
		年 月 日	(在園・申込中)
	年 月 日	(在園・申込中)	

お問い合わせ先 豊見城市保育こども園課 TEL:098-850-5088