

〈保護者へのお願い〉

※書類の提出は毎月20日までをお願いします。提出後、翌月からの変更となります。  
 ※記載内容が事実と異なると判明した場合、認定取消となる場合があります。  
 ※黒のボールペンまたは黒インクで記入してください。消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

保護者 記入欄	(ふりがな) 児童氏名	年齢 R6. 4. 1時点	在園状況	新規 ・ 在園 ( )
	(ふりがな) 児童氏名	年齢 R6. 4. 1時点	在園状況	新規 ・ 在園 ( )
	(ふりがな) 児童氏名	年齢 R6. 4. 1時点	在園状況	新規 ・ 在園 ( )

※施設等利用給付認定申請の際には、別紙「診断書（看護・介護証明用）」に添付してご提出ください。

## 看護（介護）申立書

嘉手納町長 殿

下記の者について、以下のとおり申し立てます。

記入日： 年 月 日

介護をしている方（申立者）

氏名	生年月日
住所	児童との続柄

介護が必要な方

氏名	生年月日
住所	児童との続柄

要介護認定

受けています（※1）  受けていません

※1 介護保険被保険者証、居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画票、サービス利用票 の写しを添付して下さい。

1週間の平均的な介護（看護）の状況

時間	(記入例)	月	火	水	木	金	土	日
6時	↑ 起床、食事介助							
7時	↓							
8時								
9時	↑ 通院・診察							
10時	病院の付添い							
11時								
12時	↓							
13時	食事介助							
14時								
15時								
16時	入浴介助							
17時								
18時	食事介助							
19時	着脱の介助							
20時以降								
1日の介護（看護）時間合計		時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
1週間の日中介護（看護）時間合計						時間		

受けている介護サービス ※該当するものにチェック☑して下さい。

<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス	曜日 (□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日) / 時間 (□午前 □午後 時 分から□午前 □午後 時 分まで)
<input type="checkbox"/> 訪問看護リハビリテーション	曜日 (□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日) / 時間 (□午前 □午後 時 分から□午前 □午後 時 分まで)
<input type="checkbox"/> 訪問看護	曜日 (□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日) / 時間 (□午前 □午後 時 分から□午前 □午後 時 分まで)
<input type="checkbox"/> デイサービス	曜日 (□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日) / 時間 (□午前 □午後 時 分から□午前 □午後 時 分まで)
<input type="checkbox"/> デイケア	曜日 (□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日) / 時間 (□午前 □午後 時 分から□午前 □午後 時 分まで)
<input type="checkbox"/> その他 ( )	曜日 (□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日) / 時間 (□午前 □午後 時 分から□午前 □午後 時 分まで)

以下、町処理欄

調査日	調査印	確認	様	備考
調査日	調査印	確認	様	備考