

〈保護者へのお願い〉

※書類の提出は毎月20日までにお願いします。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、入所の取消または退所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 R7.4.1時点		在園状況	新規・在園()
	(ふりがな) 児童氏名		年齢 R7.4.1時点		在園状況	新規・在園()
	(ふりがな) 児童氏名		年齢 R7.4.1時点		在園状況	新規・在園()

※保育所入所等への入所申込の際には、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	<input type="checkbox"/> 受けています(※1) <input type="checkbox"/> 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