

〈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、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 R4. 4. 1時点		在園状況	新規・在園 ()
	(ふりがな) 児童氏名		年齢 R4. 4. 1時点		在園状況	新規・在園 ()
	(ふりがな) 児童氏名		年齢 R4. 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・介護証明書）」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