

児童氏名 (生年月日)	(平・令 年 月 日生)	施設名 <small>(新規で申し込まれる場合は第1希望の施設を記入してください。)</small>	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	(平・令 年 月 日生)		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	(平・令 年 月 日生)		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中

※複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童を記入してください。

介護・看護に関する申立書

令和 年 月 日

湯沢市長 様

(申立者【介護・看護者】)

住所 _____

氏名 _____ (印)

児童との続柄 _____

連絡先 _____

私は、現在下記のとおり介護・看護にあたっていることから、児童を家庭で保育することが困難なため、保育関係施設の（継続）利用を希望します。

また、介護・看護の状況に変更があった場合は、すみやかに申立書を再提出します。

なお、介護・看護が必要な状況が終了し他に保育を必要とする理由がない場合、または本申立の内容に虚偽があった場合は保育関係施設を退所となっても異議はありません。

記

介護・看護が必要な方が	フリガナ		申立者との続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日 年齢()	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	住所	<input type="checkbox"/> 介護・看護者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる()		
病名・障がい名				
障がい者手帳の所持	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・ <input type="checkbox"/> 療育手帳・ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳) ・ (等級) <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・ <input type="checkbox"/> 療育手帳・ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳)			
要介護度・障害支援区分の認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請したが非該当だった。 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 要介護度 ・ <input type="checkbox"/> 障害支援区分) <input type="checkbox"/> 認定あり (<input type="checkbox"/> 要介護度 _____ ・ <input type="checkbox"/> 障害支援区分 _____)			
サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している (サービスの種類: _____)			
介護・看護の状況について	<input type="checkbox"/> 自宅介護・看護 (<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 _____)			
	<input type="checkbox"/> 入院付添 ・ <input type="checkbox"/> 通院付添 入院・通院先(_____) 退院、通院終了見込 (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 年 月 日(ごろ)予定)			
	<input type="checkbox"/> 施設通所付添 (<input type="checkbox"/> 往路 ・ <input type="checkbox"/> 復路) 通所先施設名 (_____) 利用交通機関(<input type="checkbox"/> 電車・ <input type="checkbox"/> バス・ <input type="checkbox"/> 自家用車・ <input type="checkbox"/> 自転車・ <input type="checkbox"/> 徒歩・ <input type="checkbox"/> タクシー・ <input type="checkbox"/> 施設の送迎)			
介護・看護に要する時間	介護・看護する日数 : 週 _____ 日 介護・看護する時間帯 : _____ 時 から _____ 時 まで			
その他具体的な介護・看護内容				

※注) 診断書、または介護保険証・障がい者手帳・障害福祉サービス受給者証等の写しを添付すること。