

# 記入例

- ・ きょうだいで入園（希望）中の場合は、提出は1枚で構いません。
- ・ 黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入またはチェックを入れてください。※消せるボールペンは不可
- ・ 記入内容を訂正する場合は、当該訂正箇所にて二重線を入れ、訂正印を押印し、空白に正しい内容を記入してください。
- ・ 証明日時点の状況について、事実のとおり記入してください。

裏面の記入例をよくお読みください。  
記入もれがあると受付できません。  
もれのないように記入してください。

施設・事業所名			
児童番号			

## 介護・看護状況申告書

◇◇◇◇年 11月 11日

神戸市長 及び 福祉事務所長 宛

### 介護・看護者について

氏名	神戸 あき			〔続柄： <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )〕
住所	神戸市中央区加納町6丁目5番1号			
児童氏名	神戸 春	(児童生年月日)	〇〇〇〇年	〇月 〇日

どちらかに  
チェックを  
入れてくだ  
さい。

私は、  介護・看護  入院・通院・通所のための付添 をしているの、次のとおり申告します。  
介護・看護または 入院・通院・通所のための付添をしている日の状況については、別紙「タイムスケ  
ジュール」のとおりです。

フリガナ	コウベ ユキ		児童との続柄	父方祖母	
介護・看護を 受ける方	神戸 雪		児童との続柄	父方祖母	← 児童との続 柄、疾病・ 障がい名は、 正確に記入 してくださ い。
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 介護・看護者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる ( )				
生年月日	△△△△年 △△月 △△日	年齢	66 歳		
疾病・障がい名	筋萎縮性側索硬化症 ←				
障害者手帳の所持	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 神戸 県 <input checked="" type="checkbox"/> 市 第 * * * * 号 等級: 1級 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( 県・市 第 号 等級: ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 県・市 第 号 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 )				
要支援・要介護認定、 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 ( 要支援・要介護、障害支援区分 ) <input checked="" type="checkbox"/> 認定あり ( 要支援 <u>要介護</u> 4、障害支援区分 <u>5</u> )				
介護保険・障害福祉 サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input checked="" type="checkbox"/> 利用している (サービスの種類 <u>訪問看護</u> )				
介護・看護の 状況について	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅介護・看護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 食事補助 <input checked="" type="checkbox"/> 衣服着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
該当するものに○を 記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <u>通院</u> 付添 入院・通院先 ( 神戸市立医療センター 中央市民病院 ) 所在地 ( 神戸市中央区港島南町2丁目1-1 ) 退院・通院終了見込 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日(ごろ) 予定 )				
	<input type="checkbox"/> 施設通所付添 ( 往路・復路 ) 通所先施設名 ( ) 所在地 ( ) 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	週・ <u>月</u> に 30 日 ( 週・ <u>月</u> に 300 時間)				
その他具体的な 介護・看護内容					

複数の疾病・  
障がい名があ  
る場合は、介  
護・看護の原  
因となるもの  
を記入してく  
ださい。

複数回答可

複数回答可