

〈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。

※記載内容が事実と異なると判明した場合、認定の取消となる場合があります。

保護者 記入欄	(ふりがな) 児童氏名		年齢 H31.4.1時点		入所(利用)保 育施設等	保育所(園)
	(ふりがな) 児童氏名		年齢 H31.4.1時点		入所(利用)保 育施設等	保育所(園)

介 護 (看 護) 申 立 書

北谷町長 野国 昌春 様

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	例	月	火	水	木	金	土	日
6時								
7時								
8時								
9時								
10時								
11時								
12時								
13時								
14時								
15時								
16時								
17時								
18時								
19時								
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	