

〈保護者へのお願い〉

※書類の提出は認定満了(終了)前までにお願いします。

※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。

※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	生年月日	入所(利用)保 育施設等
	(ふりがな) 児童氏名	生年月日	入所(利用)保 育施設等

介 護 (看 護) 申 立 書

北谷町長 様

下記の者について、以下のとおり申し立てます。

記入日：令和 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	↑ 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