

(疾病) 記入例

施設等入所(継続)に必要な資料となりますので、漏れのないようご記入ください。
写し、介護保険認定証の写しなど、事実を証明する書類を添付してください。

令和 年 月 日

常陸大宮市長 様

疾病・介護(看護)状況申立書

住所：常陸大宮市 中富町 3135-6

氏名：大宮 花子 (児童との続柄：母)

下記の理由により、保育利用申込児童の保育が困難であることを申し立てます。

| | | | |
|--------|---------------|--|--|
| 疾病・障害等 | 傷病名・障害名 | ※診断書または手帳等に記載されている診断名を記入してください。 | |
| | 障害者手帳等の有無 | <input type="checkbox"/> あり【種類： <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 障害年金／等級（ ）】 <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | 病院・施設名 | 〇〇クリニック | |
| | 状況・期間 | <input type="checkbox"/> 入院： 年 月 日から 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 通院： R7 年 1 月 10 日から 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自宅療養： 年 月 日から | |
| | 通院の日数 | 週 日 ・ 月 2 日 ・ ヶ月に 回 | |
| | 生活の制限 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【種類： <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他（ ）】 | |
| | 詳しい状況等 | その他、診断書のとおり。 | |
| 介護・看護 | 介護(看護)を受ける方 | 氏名： (歳／児童との続柄：) 住所： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | |
| | 傷病名・障害名 | | |
| | 障害者手帳の有無 | <input type="checkbox"/> あり【種類： <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 障害年金／等級（ ）】 <input type="checkbox"/> なし | |
| | 通院・施設名 | | |
| | 介護保険の利用 | <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援： 級) <input type="checkbox"/> なし | |
| | 介護(看護)の内容 | <input type="checkbox"/> 自宅介護 (<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 他) <input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 介護(看護)に要する時間等 | 月・週 日 時 分～ 時 分 (1日平均 時間 分) | |
| 詳しい状況等 | | | |

※虚偽の申告は無効です。事実と異なる場合は、入所決定が取り消しとなる事があります。

児童氏名記入欄

| | | | |
|-------------|---------------------|------------------------------|---|
| 大宮 桜 | (令和 5 年 10 月 16 日生) | <input type="checkbox"/> 保育園 | 園(所) <input type="checkbox"/> 利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 申込中 |
| | (令和 年 月 日生) | | 園(所) <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 |
| | (令和 年 月 日生) | | 園(所) <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 |

(介護・看護)記入例

(続)に必要な資料となりますので、漏れのないようご記入ください。
認定証の写しなど、事実を証明する書類を添付してください。

令和 年 月 日

常陸大宮市長 様

疾病・介護(看護)状況申立書

介護に当たる方の情報を
記入してください。

住所：常陸大宮市 **中富町 3135-6**

氏名：**大宮 太郎** (児童との続柄：**父**)

下記の理由により、保育利用申込児童の保育が困難であることを申し立てます。

| | | |
|--------|--|---|
| 疾病・障害等 | 傷病名・障害名 | |
| | 障害者手帳等の有無 | <input type="checkbox"/> あり【種類： <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 障害年金／等級（ ）】 <input type="checkbox"/> なし |
| | 病院・施設名 | |
| | 状況・期間 | <input type="checkbox"/> 入院： 年 月 日から 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院： 年 月 日から 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自宅療養： 年 月 日から |
| | 通院の日数 | 週 日・月 日・ヶ月に 回 |
| | 生活の制限 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【種類： <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他（ ）】 |
| | 詳しい状況等 | |
| 介護・看護 | 介護(看護)を受ける方 | 氏名： 大宮 丸子 (80 歳／児童との続柄： 祖母) 住所： 常陸大宮市中富町 3135-6 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
| | 傷病名・障害名 | ※医師から診断を受けている場合、記入してください。 |
| | 障害者手帳の有無 | <input type="checkbox"/> あり【種類： <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 障害年金／等級（ ）】 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 通院・施設名 | □□□病院、○○○(デイサービスを利用) |
| | 介護保険の利用 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援： 3 級) <input type="checkbox"/> なし |
| | 介護(看護)の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅介護 (<input type="checkbox"/> 歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 他) <input type="checkbox"/> 入院付添 <input checked="" type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | 介護(看護)に要する時間等 | 月・週 7 日 7 時 00 分～ 21 時 00 分 (1日平均 4 時間 0 分) |
| 詳しい状況等 | 食事の準備の手伝い、入浴の見守り等で4時間ほど必要。週に2回、デイサービス利用中。準備や見送りが必要。 | |

児童氏名記入欄

| | | | |
|-------------|---------------------|----------------|---|
| 大宮 陸 | (令和 6 年 10 月 16 日生) | ☆☆認定こども | 園(所) <input type="checkbox"/> 利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 申込中 |
| | (令和 年 月 日生) | | 園(所) <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 |
| | (令和 年 月 日生) | | 園(所) <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 |