

(疾病)記入例

育施設等入所(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	☐ あり【種類： ☐ 身体 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ 障害年金／等級（ ）】 ☒ なし	
	病院・施設名	〇〇クリニック	
	状況・期間	☐ 入院： 年 月 日から 年 月 日 ☒ 通院： <u>R7</u> 年 <u>1</u> 月 <u>10</u> 日から 年 月 日 ☐ 自宅療養： 年 月 日から	
	通院の日数	週 日 ・ 月 <u>2</u> 日 ・ ヶ月に 回	
	生活の制限	☒ なし ☐ あり【種類： ☐ 仕事 ☐ 家事 ☐ 育児 ☐ 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： ☐ 同居 ☐ 別居	
	傷病名・障害名		
	障害者手帳の有無	☐ あり【種類： ☐ 身体 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ 障害年金／等級（ ）】 ☐ なし	
	通院・施設名		
	介護保険の利用	☐ あり（ ☐ 要介護 ☐ 要支援： 級） ☐ なし	
	介護（看護）の内容	☐ 自宅介護（ ☐ 歩行 ☐ 排泄 ☐ 食事 ☐ 入浴 ☐ 衣服着脱 ☐ 他） ☐ 入院付添 ☐ 通院付添 ☐ 施設通所付添 ☐ 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

<u>大宮 桜</u>	(令和 <u>5</u> 年 <u>10</u> 月 <u>16</u> 日生)	☐ ☐ 保育園	園(所) ☐ 利用中 ☒ 申込中
	(令和 年 月 日生)		園(所) ☐ 利用中 ☐ 申込中
	(令和 年 月 日生)		園(所) ☐ 利用中 ☐ 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	☐ あり【種類： ☐ 身体 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ 障害年金／等級（ ）】 ☐ なし
	病院・施設名	
	状況・期間	☐ 入院： 年 月 日から 年 月 日 ☐ 通院： 年 月 日から 年 月 日 ☐ 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	☐ なし ☐ あり【種類： ☐ 仕事 ☐ 家事 ☐ 育児 ☐ 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 ☒ 同居 ☐ 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	☐ あり【種類： ☐ 身体 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ 障害年金／等級（ ）】 ☒ 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	☒ あり（ ☒ 要介護 ☐ 要支援： 3 級） ☐ なし
	介護（看護）の内容	☒ 自宅介護（ ☐ 歩行 ☒ 排泄 ☒ 食事 ☒ 入浴 ☐ 衣服着脱 ☐ 他） ☐ 入院付添 ☒ 通院付添 ☐ 施設通所付添 ☐ 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) ☐ 利用中 ☒ 申込中
	(令和 年 月 日生)		園(所) ☐ 利用中 ☐ 申込中
	(令和 年 月 日生)		園(所) ☐ 利用中 ☐ 申込中