**介護・看護状況申告書**

申告日　令和　　年　　月　　日

山 辺 町 長　 殿

申告者住所

申告者氏名

介護・看護にあたっている状況について、診断書を添えて次のとおり申告します。

１．介護（看護）者・被介護（看護）者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 児童との続柄 | 住所 |
| 介護・看護にあたる方 |  |  | 電話番号　　　　（　　　　） |
| 介護・看護が必要な方 |  |  | 電話番号　　　　（　　　　） |

２．介護・看護の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 介護を必要とする理由（該当するものにチェックし、必要事項を記入） | □身体障害者手帳（　　　 種　　　級 ）□療育手帳（　　 　）□精神障害者保健福祉手帳（ 　　級 ）□介護認定　要介護（　　 　）・要支援（　 　　）□その他（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） |
| 介護・看護の状況（該当するものにチェックする） | 食事 | □１人でできる　□一部介助　□全介助 |
| 入浴・洗顔等 | □１人でできる　□一部介助　□全介助 |
| 排泄 | □１人でできる　□一部介助　□全介助 |
| 炊事・洗濯・買い物等 | □１人でできる　□一部介助　□全介助 |
| 特別な医療・介護・看護等  | □無　□有（　　　　　　　　　　　） |
| 介護・看護日数※「介護・看護にあたる方」が実際に行っている日数 | 介護・看護に当たっている日数　　　　　　　　　　日／週 |
| 通院・通所に付き添う日数　　　　　　　　　　　　日／週 |
| 具体的な介護内容※「介護・看護にあたる方」が実際に行っている内容 |  |
| 添付書類（複数可）（該当するものにチェックする）※診断書は必ず必要 | □身体障害者手帳写し □療育手帳写し □精神障害者保健福祉手帳写し□介護保険証写し □入院計画書等の写し □ケアプランの写し□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |

３．通院先・通所先（令和　　年　　月現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名称 | 所在地 | 日数 | 所要時間 |
| ア |  |  | 日／月 | 時間　　分（通所時間　　分を含む） |
| イ |  |  | 日／月 | 時間　　分（通所時間　　分を含む） |
| ウ |  |  | 日／月 | 時間　　分（通所時間　　分を含む） |
| エ |  |  | 日／月 | 時間　　分（通所時間　　分を含む） |
| オ |  |  | 日／月 | 時間　　分（通所時間　　分を含む） |

４．１か月の通院（通所）スケジュール（　　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |

2日に、「通院先・通所先」欄のア・イの施設に通所したことを意味します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （例） | 1　　ウ | 2ア・イ |

※申請書の提出前の前月の状況を記入してください。

※上の（例）を参考に、「通院先・通所先」欄のア～オを記入してください。

※「介護・看護にあたる方」が、実際に介護・看護をした日付に○を付けてください。

５．１日の介護・看護のスケジュール（※「介護・看護にあたる方」が行う内容を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 6:00 | 7:00 | 8: 00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 13:00 | 14:00 | 15:00 | 16:00 | 17:00 | 18:00 | 19:00 | 20:00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 例 |  |  | 食事介助 |  |  |  |  | （排泄介助が日に平均６回、体位変換を２時間に１回）病院付添い |  |  |  | 食事介助 |  |  |  |  |  | マッサージ |  |  |  | 入浴介助 |  |  |  |  |  |  |  |

※日によって状況が異なる場合は、２段書きにするなど、分かるように記入してください。

※申告内容について、通院先、通所先又は介護・看護が必要な方に確認することがあります。