

# 介護・看護状況申告書

年 月 日

会津坂下町教育委員会 宛

介護・看護にあたる方（保護者）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

介護・看護にあたっている状況について、診断書等を添えて下記のとおり申告いたします。

（該当する箇所にチェックを入れて下さい。）

介護・看護が 必要な方	氏名			
	住所			
	続柄（介護・看護にあたる方との続柄）			
介護・看護の区分	<input type="checkbox"/> 入院・入所の付き添い <input type="checkbox"/> 居宅内介護・看護 <input type="checkbox"/> 心身障害児者の介護 <input type="checkbox"/> ねたきり老人			
介護・看護を 必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（      種      級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（                      ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（                      ） <input type="checkbox"/> 介護認定    要介護（                      ）・要支援（                      ） → ※ケアプラン写しを添付 <input type="checkbox"/> その他（病名等：                      ） → ※診断書を添付			
介護・看護の状況	食事	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴・洗顔等	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	炊事・洗濯・買い物等	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	特別な医療・介護・看護等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（                      ）	
介護・看護の日数	介護・看護にあたっている日数	1週あたり（                      ）日		
	通院・通所に付き添う日数	1週あたり（                      ）日		
具体的な 介護・看護の内容 ※実際の実施内容 をご記入下さい				

※記載内容に不正（虚偽）が認められた場合は、認定等を取り消すことがあります。