

保護者 記入欄	児童名			
	申立者 氏名	児童との 続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 その他()	

介 護 ・ 看 護 申 立 書

私の介護・看護の内容は、下記のとおりであることを申し立てます。

年 月 日

住 所 上三川町

申立者氏名

介護・看護を 必要とする人	氏名	生年月日
	住所	児童との 続柄
傷病名及び介護・看護 する理由(内容)		
病院等居宅外での 介護・看護の場合	1日あたり 時 分 ~ 時 分 介護・看護する曜日等 月・火・水・木・金・土・日・祝日 不定期〔週に 回 〕	1日平均 _____ 時間 1か月あたり介護・看護日数 平均 _____ 日 1か月あたり合計時間 合計 _____ 時間
	※保育認定は、1か月あたり60時間以上介護・看護していない場合、認定できません。	
居宅内での介護・看護 (通院・通所の付添い を含む)の場合	家での看護・介護時間 1日あたり 時 分 ~ 時 分 1日平均 _____ 時間 通院・通所に要する時間 1日あたり 時 分 ~ 時 分 1日平均 _____ 時間 通院・通所曜日 月・火・水・木・金・土・日・祝日 不定期〔週に 回 〕	家での介護及び通院・通所に 要する時間 1日平均 _____ 時間 1か月あたり介護・看護日数 平均 _____ 日 1か月あたり合計時間 合計 _____ 時間
	※介護サービス等が利用できる時間は除いてください。 ※保育認定は、1か月あたり60時間以上介護・看護していない場合、認定できません	

添付書類(以下のいずれか一つ)

- ・主治医の意見書
 - ・障がい者手帳、療育手帳等の写し
 - ・「介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書」の写し(役場健康福祉課からの通知文)
- ※認定結果が要介護1~5の場合