

介護・看護申立書

児童氏名 _____

利用(希望)施設 _____

(提出先)五戸町長

平成

年

月

日

申立者 住所

氏名

⑩

連絡先

次のとおり申し立てます。

介護・看護が 必要な方	住所					
	氏名		児童と の続柄			
介護・看護が 必要な理由	介護	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 ()手帳 ()級 <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援()				
		日常の 状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			入浴洗顔等	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			特別な医療等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()	
	場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 要介護者宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 <input type="checkbox"/> 通院・通所の付き添い				
	介護時間	1日あたり ()時間()分				
		月あたり ()時間 (月64時間以上であること)				
	看護	傷病名				
		<input type="checkbox"/> 入院	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
<input type="checkbox"/> 通院		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
※通院頻度 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回						
看護時間		1日あたり()時間()分				
	月あたり ()時間 (月64時間以上であること)					
添付書類	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し(要介護認定を受けたもの) <input type="checkbox"/> 在学・通所証明書等(付き添いの場合) <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他()					