

# 介護・看護申立書

児童氏名 \_\_\_\_\_

利用(希望)クラブ \_\_\_\_\_

(提出先)五戸町長

令和      年      月      日

申立者    住 所

氏 名 ㊟

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			
	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				
	看護	傷病名				
		<input type="checkbox"/> 入院 平成・令和    年   月   日 から 令和    年   月   日 まで				
<input type="checkbox"/> 通院 平成・令和    年   月   日 から 令和    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				
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(                      )					