

# 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

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				
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						
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( )					