

介護・看護状況申出書

申込児童氏名	申込児童生年月日		□平成 □令和		()年()月()日			
第一希望施設名 または利用施設名								
介護・看護者氏名	申込児童との続柄		□父 □祖父 □その他 □母 □祖母 ()					
介護・看護状況	□同居 □別居(訪問による介護・看護)【週・月()日程度】 □親子通所(通園)(※1)							
介護・看護内容	□家事援助 □食事補助 □着脱衣補助 □入浴補助 □排泄補助 □外出同行 □その他							
	【介護・看護状況を具体的に記入してください】 ※ 通常の育児・家事以外の介護・看護内容を記入してください。 ※ 内容に不明点がある場合、その内容について問い合わせをすることがあります。							
	どのような介護・看護か	1回あたりの所要時間	頻度	どのような介護・看護か	1回あたりの所要時間	頻度		
介護・看護 スケジュール		月	火	水	木	金	土	日
	0:00							
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							
	5:00							
	6:00							
	7:00							
	8:00							
	9:00							
	10:00							
	11:00							
	12:00							
	13:00							
	14:00							
	15:00							
	16:00							
	17:00							
	18:00							
	19:00							
	20:00							
	21:00							
	22:00							
23:00								
※介護サービスなどの利用がある場合も記入してください(通所等のサービスを利用している間は、介護・看護に要する時間から除きます)。 《その他自由記入欄》※毎週常態としていない事柄について記載してください。(通院付添等)								

※ 介護・看護に要する時間については、提出書類の内容に基づき総合的に判断します。

【介護・看護を受ける方について】

フリガナ 氏名			※1 申込児童のきょうだいが親子通所(園)を必要とする療育施設等を利用している場合、「療育施設等在園証明書」(親子通所が必要であることが記載されたもの)を併せて提出してください。
生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和	()年()月()日	※2 障害者手帳を所持していないかつ介護認定を受けていない場合は、「病気・介護診断書」を提出してください。
児童との続柄	□父 □祖父 □きょうだい □母 □祖母 □その他()		※3 別居かつ茨木市外に在住している方であり、障害者手帳(身体・療育・精神)の交付を受けている場合、その写しを併せて提出してください。
(別居の場合)住所			※4 介護認定を受けている場合、介護保険被保険者証の写しを併せて提出してください。
傷病名(状況等)(※2)			※5 介護保険サービスを利用している場合、ケアマネージャー等の第三者が作成した「介護サービス計画(受けている介護サービスの内容、利用頻度がわかるもの)」を併せて提出してください。
障害者手帳の有無(※3)	□なし □身体障害者手帳(級) □療育手帳(A・B1・B2) □精神障害者保健福祉手帳(級)		※6 常時入院付き添いが必要な場合、「病気・介護診断書」(親族の付き添いが常時必要であることが明記されたもの)を提出してください。
介護認定の有無(※4)	□なし □要支援(1・2) □要介護(1・2・3・4・5)		
	有効期限または 再判定年月	□なし □あり(年 月 日)	
介護サービスの利用	□なし □あり(※5)(内容:)		
状況	□在宅 □入院(※6) □通所(院)【週・月()日程度】(※1) □通園(学)【週・月()日程度】		

※市記入欄

	/	提出済み
支給認定	□あり □なし	
利用者負担	□あり □なし	
点数	□あり □なし	

記入例

介護・看護状況申出書

申込児童氏名	茨木 太郎		申込児童生年月日	□ 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 (6)年(1)月(13)日				
第一希望施設名 または利用施設名	〇〇保育所							
介護・看護者氏名	茨木 花子		申込児童との続柄	□ 父 □ 祖父 □ その他 <input checked="" type="checkbox"/> 母 □ 祖母 ()				
介護・看護状況	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 □ 別居(訪問による介護・看護)【週・月()日程度】 □ 親子通所(通園)(※1)							
介護・看護内容	□ 家事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 食事補助 <input checked="" type="checkbox"/> 着脱衣補助 □ 入浴補助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助 <input checked="" type="checkbox"/> 外出同行 □ その他							
	【介護・看護状況を具体的に記入してください】 ※ 通常の育児・家事以外の介護・看護内容を記入してください。 ※ 内容に不明点がある場合、その内容について問い合わせをすることがあります。							
	どのような介護・看護か	1回あたりの所要時間	頻度	どのような介護・看護か	1回あたりの所要時間	頻度		
	介護食の準備	30分	火・木・土は1日2回 その他は1日3回	通院付き添い	2時間	週1回・月1回		
	食事介助	30分	火・木・土は1日2回 その他は1日3回	通院付き添い	1.5時間	月2回		
着替えの準備・補助	5分	1日2回	テイサービス送迎前後の自宅待機	20分	週3日 (1日2回)			
オムツ交換	5分	火・木は1日最低3回 その他は1日最低4回						
介護・看護スケジュール		月	火	水	木	金	土	日
	0:00	オムツ交換	オムツ交換	オムツ交換	オムツ交換	オムツ交換	オムツ交換	オムツ交換
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							
	5:00							
	6:00	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助
	7:00	朝食準備 ・食事補助	朝食準備 ・食事補助	朝食準備 ・食事補助	朝食準備 ・食事補助	朝食準備 ・食事補助	朝食準備 ・食事補助	朝食準備 ・食事補助
	8:00		自宅待機		自宅待機		自宅待機	
	9:00	通院付き添い						
	10:00		テイサービス		テイサービス		テイサービス	
	11:00		(サービス利用)		(サービス利用)		(サービス利用)	
	12:00	昼食準備 ・食事補助		昼食準備 ・食事補助		昼食準備 ・食事補助		昼食準備 ・食事補助
	13:00	オムツ交換		オムツ交換		オムツ交換		オムツ交換
	14:00		入浴介助		入浴介助		入浴介助	
	15:00		(サービス利用)		(サービス利用)		(サービス利用)	
	16:00							
	17:00		自宅待機		自宅待機		自宅待機	
	18:00	夕食準備 ・食事補助	夕食準備 ・食事補助	夕食準備 ・食事補助	夕食準備 ・食事補助	夕食準備 ・食事補助	夕食準備 ・食事補助	夕食準備 ・食事補助
	19:00	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助	オムツ交換 ・着替え補助
	20:00							
	21:00							
	22:00							
23:00								
※介護サービスなどの利用がある場合も記入してください(通所等のサービスを利用している間は、介護・看護に要する時間から除きます)。 《その他自由記入欄》※毎週常態としていない事柄について記載してください。(通院付添等) ●●病院通院付添 月2回(水曜日) 15:00~16:30 △△△病院通院付添 月1回(金曜日) 9:00~11:00								

※ 介護・看護に要する時間については、提出書類の内容に基づき総合的に判断します。

【介護・看護を受ける方について】

フリガナ 氏名	茨木 雪子	
生年月日	□ 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 □ 平成 □ 令和	(28)年(6)月(17)日
児童との続柄	□ 父 □ 祖父 □ きょうだい □ 母 <input checked="" type="checkbox"/> 祖母 □ その他()	
(別居の場合)住所		
傷病名(状況等)(※2)	アルツハイマー型認知症	
障害者手帳の有無(※3)	□ なし □ 身体障害者手帳(級) □ 療育手帳(A・B1・B2) <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(2 級)	
介護認定の有無(※4)	□ なし □ 要支援(1・2) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1・2) (3)・4・5)	
	有効期限または再判定年月	□ なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(令和8 年 1 月 31 日)
介護サービスの利用	□ なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(※5)(内容:週3回のテイサービス(9時~16時)に通所している。テイサービス利用中に入浴介助を利用している。)	
状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 □ 入院(※6) <input checked="" type="checkbox"/> 通所(院)【週・月(3)日程度】 □ 通園(学)【週・月()日程度】	

- ※1 申込児童のきょうだいが親子通所(園)を必要とする療育施設等を利用している場合、「療育施設等在園証明書」(親子通所が必要であることが記載されたもの)を併せて提出してください。
- ※2 障害者手帳を所持していないかつ介護認定を受けていない場合は、「病気・介護診断書」を提出してください。
- ※3 別居かつ茨木市外に在住している方であり、障害者手帳(身体・療育・精神)の交付を受けている場合、その写しを併せて提出してください。
- ※4 介護認定を受けている場合、介護保険被保険者証の写しを併せて提出してください。
- ※5 介護保険サービスを利用している場合、ケアマネージャー等の第三者が作成した「介護サービス計画(受けている介護サービスの内容、利用頻度がわかるもの)」を併せて提出してください。
- ※6 常時入院付き添いが必要な場合、「病気・介護診断書」(親族の付き添いが常時必要であることが明記されたもの)を提出してください。

※市記入欄

		提出済み
支給認定	□ あり □ なし	
利用者負担	□ あり □ なし	
点数	□ あり □ なし	