

(宛先)桜井市長

※ 保護者記入欄

希望学童	() 学童保育所
------	-----------

(ふりがな) 児童氏名		生年月日	(新)学年
		平成 年 月 日	年生
		生年月日	(新)学年
		平成 年 月 日	年生
		生年月日	(新)学年
		平成 年 月 日	年生

介護・看護状況申告書

下記のとおり、介護・看護をしていることを申告します。

令和 年 月 日

(介護・看護をする保護者)

住所: 桜井市

氏名:

(介護・看護を受ける方について)

ふりがな		児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()
氏名			
住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(別居の場合のみ)	
傷病名	※下記に該当する場合は確認できるものの写しを添付してください <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援認定 <input type="checkbox"/> 介護サービス利用		
介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・通所 (週・月 日程度) <input type="checkbox"/> 在宅		
	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 着脱衣補助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> 通院・通所同行		
	<input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜		
通常の介護・看護時間	① 時 分 ~ 時 分 (1日 時間)		
	② 時 分 ~ 時 分 (1日 時間)		
備考			