

介 護 ・ 看 護 申 立 書

児童氏名 _____

利用(希望)施設名 _____

(提出先)五戸町長		令和 年 月 日	
申立者 住 所		氏 名	
連絡先		⑩	
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	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	<input type="checkbox"/> 通院	年 月 日 から 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()		