

# 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				
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48時間以上であること)	
	看 護	傷病名		
		入院	_____年    _____月    _____日 から _____年    _____月    _____日 まで	
		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48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(                      )			