

# 看 護 ・ 介 護 申 立 書

令和 年 月 日

大分市福祉事務所長 殿

保 護 者 記 入 欄	ふりがな		
	保護者氏名		
	ふりがな		
	児 童 名		
施設名		園	申込中 在園中

※お子さんが2人以上の場合は、連名で記入してください。

- 保護者  
 世帯員 の看護・介護状況は、下記の通りです。（該当する□にチェックし、必要事項を記入してください。）

看護（看護が必要な方の病状等がわかる診断書等を必ず添付し、裏面の申立欄に状況を記入してください。）

看護を行っている方	ふりがな 氏名	看護が 必要な方	ふりがな 氏名	保護者との 続柄
看護の内容 (入院)	疾 病 名			
	入 院 先 病 院 名			
	入 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (見込)		
看護の内容 (通院)	疾 病 名			
	通 院 先 病 院 名			
	通 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
通 院 頻 度	月に 回 週に 回			

介護（介護が必要な方の病状等がわかる診断書等、または各種手帳等を必ず添付し、裏面の申立欄に状況を記入してください。）

介護を行っている方	ふりがな 氏名	介護が 必要な方	ふりがな 氏名	保護者との 続柄
介護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 [ ]種[ ]級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 判定 [ ] <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 [ ]級 <input type="checkbox"/> 介護保険証 要介護・要支援 [ ] <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	日常の状態	<input type="checkbox"/> 生活自立 (独力で外出できる) <input type="checkbox"/> 準寝たきり (介助なしに外出できない) <input type="checkbox"/> 寝たきり (主に日中もベッドで生活) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
介護する場所・頻度等	自宅	月に ( )日 1日 ( ) 時間		
	自宅以外	月に ( )日 1日 ( ) 時間		
	通院・通所の付き添い	名 称		
		住 所		
	月に ( )日 1日 ( ) 時間			

※看護・介護での保育の必要性の対象は同居(長期入院の親族を含む)の方に限ります。  
※診断書等の添付資料がない場合は、状況把握が出来ず保育の必要性の認定が行えない場合があります。  
※看護・介護で保育施設等を利用する場合は、状況調査のため職員が訪問することがありますので、ご了承ください。

看護・介護状況の申立欄

---



---



---



---



---



---

看護・介護申立書の記入要領について

看護・介護申立書

令和4年11月15日

大分市福祉事務所長 殿

保 護 者 記 入 欄	ふりがな	おおいた けんいち
	保護者氏名	大分 健一
	ふりがな	おおいた うみ
	児童名	大分 海
施設名	おおいた保育園 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">申込中 在園中</span>	

※お子さんが2人以上の場合は、連名で記入してください

どちらかにチェックを入れてください。

保護者  
 世帯員 の看護・介護状況は、下記の通りです。（該当する口にチェックし、必要事項を記入してください）

介護（介護が必要な方の病状等がわかる診断書等、または各種手帳等を必ず添付し、裏面の申立欄に状況を記入してください）

介護を行っている方	ふりがな 氏名	おおいた あけみ 大分 明美	介護が 必要な方	ふりがな 氏名	おおいた かずこ 大分 和子	保護者との 続柄	母
介護を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 [ ]種 [ ]級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 判定 [ ] <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 [ ]級 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">要介護</span> 要支援 [ 3 ] <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	日常の状態	<input type="checkbox"/> 生活自立（独力で外出できる） <input checked="" type="checkbox"/> 準寝たきり（介助なしに外出できない） <input type="checkbox"/> 寝たきり（主に日中もベッドで生活） <input type="checkbox"/> その他 ( )					
介護する場所・頻度等	自宅	月に ( 31 ) 日		1日 ( 6 ) 時間			
	自宅以外	月に ( ) 日		1日 ( ) 時間			
	通院・通所の 付き添い	名称					
		住所					
		月に ( ) 日		1日 ( ) 時間			

こちらは保護者と同居している親族（長期間入院等をしている親族を含む）を常時看護、または介護しているため、保育施設の利用を希望している方の申立書となります。  
 なおこの申立書に別途  
 看護 ⇒ 診断書 等  
 介護 ⇒ 診断書 各種手帳 等の提出が併せて必要となります。  
 あわせて裏面の看護・介護状況の申立欄に、その状況の記入をお願いします。

介護を必要とする理由が判断可能な診断書・各種手帳等の写しを添付してください。

障がい児通所施設等の親子通所のため、保育施設の利用が必要な場合は、この申立書と一緒に、当該施設の在園・通園証明書を添付してください。

※看護・介護での保育の必要性の対象は同居（長期入院の親族を含む）の方に限ります。  
 ※診断書等の添付資料がない場合は、状況把握が出来ず保育の必要性の認定が行えない場  
 ※看護・介護で保育施設等を利用する場合は、状況調査のため職員が訪問することがありますので